

**INTERVENCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES ADULTOS NO MALTRATADORES,
VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL
Estudio Clínico de Casos**

Investigador

Yomar Ossa Henao

**Universidad del Norte
Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales
Maestría en Psicología - Profundización Clínica
2016**

**INTERVENCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES ADULTOS NO MALTRATADORES,
VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL.
ESTUDIO DE CASOS**

Investigador

**Yomar Ossa Henao
c.c. 98.633.209**

Trabajo de Grado para optar el título de Magister en Psicología

Asesor:

Psicóloga Mg. Mónica Schnitter Castellanos

**Universidad del Norte
Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales
Maestría en Psicología – Profundización Clínica**

2016

1. Resumen

Esta investigación estuvo dirigida a comprender las consecuencias del maltrato infantil en la adultez: especialmente en mujeres no maltratadoras, víctimas de maltrato en la infancia. Los objetivos fueron: identificar las características centrales del proceso terapéutico en adultos con historia de maltrato en la infancia; determinar las particularidades en la organización psíquica de pacientes adultos con historia de maltrato en la infancia; establecer las estrategias presentes que utilizan los pacientes para hacer frente en la adultez, a su historia de maltrato infantil. La metodología estuvo amparada en el paradigma constructivista, con un diseño cualitativo, y utilizó como estrategia metodológica el estudio de caso que privilegia lo particular, lo interno, el interés por la singularidad del fenómeno que se elige a estudiar. Como resultados se encontró que las pacientes reexperimentan el maltrato en las relaciones presentes; elaboraron estrategias psíquicas para defenderse en la adultez de dicho maltrato como la autosuficiencia, el aislamiento y un excesivo control de la agresión. Se identificó las relaciones de pareja como el escenario donde más se repite el maltrato. Finalmente se encontró que el proceso terapéutico debe permitir la tramitación de la dimensión emocional que es la más afectada por el maltrato; además el terapeuta debe tener cuidado con revictimizar a este tipo de pacientes, es necesario realizar una constante revisión del caso.

Tabla de contenido

1.	Resumen	3
2.	Introducción	6
3.	Planteamiento del Problema.....	7
4.	Objetivos	28
5.	Referente conceptual.....	29
5.1.	Intervención en psicología clínica	29
5.2.	Clínica psicológica	32
5.3.	Conceptos fundamentales de la psicología dinámica relacional.....	37
5.3.1.	Margaret Mahler	41
5.3.2.	Maltrato en la infancia	49
6.	Metodología.....	55
6.1.	Aspectos generales	55
6.2.	Población	57
6.3.	Las unidades documentales consistieron en:.....	57
6.4.	Estrategias de análisis de información	58
6.5.	Consideraciones éticas	58
7.	Presentación de los casos clínicos	60
7.1.	Identificación de las pacientes	60
7.2.	Motivo de consulta.....	61
7.3.	Genograma	62
7.4.	Historia personal.....	63
7.5.	Historia Familiar.....	65
7.6.	Descripción sintomática	67
8.	Resultados.....	78
8.1.	Análisis clínico del mundo representacional.....	80
8.1.1.	Estrategias defensivas del maltrato en el presente.....	80
8.1.2.	Representaciones del Otro: Figuras parentales.....	95
8.1.3.	Reexperimentación del maltrato en las relaciones presentes	106
8.1.4.	Representación del sí-mismo.....	118
8.2.	Análisis de la Intervención Clínica.....	129

8.2.1.	Momentos del proceso terapéutico	130
8.2.2.	Aspectos contratransferenciales	142
9.	Conclusiones	143
10.	Referencias.....	145

Intervención clínica en pacientes adultos no maltratadores, víctimas de maltrato en la infancia

Nuestra manera de trabajar como terapeutas nos llevara en diferentes direcciones con diferentes metáforas y vocablos, pero la forma en que nosotros y nuestros pacientes somos universalmente humanos, nos debe permitir trascender las diferencias en las formas en las cuales somos excepcionalmente individuos (Althea Horner)

2. Introducción

Esta investigación estuvo dirigida a comprender las consecuencias del maltrato infantil en la adultez. Como una forma de dirigir el razonamiento clínico a uno de los fenómenos que sigue consolidándose en las prácticas familiares y sociales, generando resultados dolorosos en la experiencia subjetiva de los adultos que fueron maltratados. Se abordaron sentimientos de culpa y complicidad en la familias donde éste ocurrió, silencios que prolongaron la experiencia del maltrato, sin la posibilidad de ser roto por una palabra que movilizara la experiencia de vida, y dolor por la no posibilidad de romper con el ciclo de maltrato.

Se convirtió en una oportunidad para la psicología clínica seguir pensando fenómenos tan recurrentes y en ocasiones normalizados en la cultura como, el maltrato, la victimización, el abuso sexual, las dinámicas familiares, las relaciones de pareja, entre otros. Estos fenómenos siguen presentándose como un reto para los psicólogos de la cultura contemporánea marcada por la fragmentación y desorientación de las prácticas sociales, además de la globalización y el consumismo. Estos fenómenos de fondo repercuten en la forma como los sujetos buscan soluciones a sus problemáticas individuales y sociales, siendo la psicología una de estas alternativas, y por lo tanto se presenta como un reto seguir ahondar en estos fenómenos humanos y sociales.

La maestría en psicología con énfasis en profundización clínica de la Universidad del Norte, fue una posibilidad para hacer real la oportunidad de pensar el fenómeno del maltrato infantil y sus consecuencias en la adultez. Más aún, cuando se necesitan clínicos de gran experiencia y sensibilidad para intervenir y plantear alternativas psicológicas en la movilización y resignificación de éstas experiencias en la población. Una oportunidad de razonar, en el marco de la clínica particular y de los consultantes que por voluntad propia recurren al consultorio, la experiencia infantil que ha devenido traumática debido a su mantenimiento en la experiencia subjetiva de cada paciente acompañado en psicología.

Se presentó entonces la siguiente monografía, donde desde la lectura de casos clínicos se analizó la experiencia de dos pacientes que aprobaron la realización de éste trabajo. Se presentaron los resultados encaminados a comprender el mundo subjetivo y la intervención clínica en la que se enmarca la maestría en Uninorte. Los resultados fueron fruto del esfuerzo del psicólogo en formación, de la tutora de maestría, y en especial de cada una de las dos pacientes abordadas, quién de forma espontánea y tranquila recibieron los resultados como una forma de seguir tramitando su experiencia de vida.

3. Planteamiento del Problema

Enfrentarse al tema del maltrato infantil, y sus consecuencias a largo plazo, implica tocar uno de los fenómenos de mayor sensibilidad a nivel nacional e internacional, debido a su permanencia en las dinámicas sociales y a su consolidación en algunos vínculos humanos (Castillo y Haz, 2003), convirtiéndose de esta manera en un aspecto importante al momento de abordar la salud mental. Según las estadísticas presentadas en los diferentes sistemas colombianos de salud (ICBF, 2015), hay un mantenimiento, prolongación e incremento del maltrato infantil en la población, pese a las múltiples y reiteradas campañas de sensibilización sobre la protección a la infancia, la denuncia del maltrato, y la necesidad de una buena educación emocional y cognitiva que permitan un desarrollo adecuado y la construcción de una experiencia de adultez menos sufrida.

De tal manera, este ha sido abordado por distinta áreas del conocimiento que han tratado de identificar los principales aspectos implicados en su vivencia y sus posibles consecuencias a corto y largo plazo. Según Gómez, Cifuentes, y Ross (2010), no se puede delimitar el maltrato a una única dimensión del desarrollo o del contexto social, sino que debe comprenderse como un fenómeno en el que intervienen múltiples variables, desde las características de la familia y del niño, hasta los hábitos y conductas particulares de una cultura. De igual forma, las consecuencias del maltrato también atraviesan múltiples mecanismos,

abarcando desde heridas leves hasta severo daño cerebral e incluso la muerte en el plano físico; desde una baja autoestima crónica hasta severos estados disociativos en el plano psicológico; desde problemas atencionales y trastornos del aprendizaje hasta síndromes orgánicos cerebrales en el plano cognitivo; y desde pobres relaciones interpersonales hasta comportamientos extraordinariamente agresivos y violentos en el plano conductual (Gómez et al., 2010, p. 824).

De esta forma el maltrato infantil se plantea como un fenómeno atravesado por la complejidad de sus condiciones, la diversidad de sus variables, las múltiples formas de maltrato, el momento evolutivo en el que ocurre, y la vivencia única o prolongada de dicho acontecimiento. Junto con esto el maltrato también está relacionado con las características particulares tanto de la persona maltratada como del maltratador. En el primer foco, la vivencia que se hace del maltrato depende de los recursos biológicos y psíquicos para hacerle frente a dicho acontecimiento, y en el segundo caso el maltratador puede pertenecer al núcleo familiar o estar fuera de él.

También existe un constante interés en investigar las consecuencias del maltrato infantil, a corto, mediano y largo plazo, atendiendo a la finalidad de construir un mayor conocimiento de los aspectos implicados en su vivencia y a la vez faculte para identificar el desarrollo de estos aspectos en el ciclo vital humano. Esto amplía la mirada que se tiene de dicho fenómeno y posibilita encontrar alternativas para la tramitación oportuna de las consecuencias vividas tanto en el plano físico como psicológico.

Igualmente la investigación sobre el maltrato permite ampliar la mirada sobre el desarrollo humano y las posibles causas de su desviación, lo que posibilitaría una mirada de la patología más desde los procesos evolutivos, lectura de procesos, que desde la identificación de síntomas o la elaboración de estructuras patológicas a partir de unas precategorías, donde cada individuo es ubicado en ellas al modo de una plantilla.

Es así como el maltrato infantil se convierte en una temática de constante interés no sólo para la investigación, sino también para la elaboración de políticas públicas, campañas y demás estrategias de prevención, donde, de forma reiterada se fomente no solo su comprensión sino también su prevención y en otras circunstancias su tratamiento; Más aún cuando las estadísticas evidencian un aumento creciente en la población nacional e internacional (ICBF, 2015).

La problemática objeto de esta investigación ha sido ubicada en distintos planos de significación, desde su comprensión como un acontecimiento que se transmite intergeneracionalmente (Castillo & Haz, 2003), como el desarrollo de un sistema conductual y motivacional promovido por los primeros vínculos de apego (Camps-Pons, Castillo-Garayoa, & Cifre, 2014), hasta la organización de una estructura intrapsíquica consolidada a partir de un vínculo con un objeto particular que no es intercambiable (Fairbairn, 2013) como en el caso de la presente investigación.

Por lo tanto, para delimitar el camino comprensivo del objeto de esta investigación, se abordará la perspectiva teórica de la psicología dinámica-relacional para luego plantear desde ella el maltrato en la infancia.

La psicología dinámica, que tiene como uno de sus fundamentos la teoría de las relaciones objetales, hace referencia al desarrollo de estructuras psíquicas que surgen a partir de las primeras relaciones interpersonales que el infante sostiene con su ambiente primario. Como sostiene Horner (1982) “el término Relaciones Objetales se refiere a estructuras intrapsíquicas específicas, a un aspecto de la organización del Yo” (p.3). De esta forma el resultado del desarrollo es la organización de dos estructuras específicamente

definidas, ellas son: sí-mismo y otro, en el contexto de un mundo de relaciones particular y del valor que se le otorga a ese mundo (Schnitter, 2004).

Dichas estructuras, si bien son intrapsíquicas se manifiestan en las relaciones que se entablan con las personas reales en los distintos contextos en los que actúa cada sujeto, determinando y matizando los encuentros, además de la manera como se desenvuelve. Estas dos estructuras: sí mismo – otro, transitan por un proceso de: cohesión, diferenciación e integración. Se parte de un desarrollo, como lo propone Mahler, Pine, & Bergman (1975), desde una fase simbiótica hasta su culminación con el proceso de separación-individuación y la constancia objetal libidinal. A partir de las vivencias más primitivas el infante comienza a organizar su mundo en patrones significativos, hasta transformarse en dos representaciones internas que constituyen lo que se denomina relaciones objetales (Horner, 1984).

Ambas estructuras presentan un desarrollo a lo largo de toda la vida, y variarán según el tipo de experiencia que se vaya adquiriendo en cada momento del desarrollo. De igual forma si se presentan circunstancias o acontecimientos traumáticos, entendiendo trauma “como aquel acontecimiento de la vida que se caracteriza por su intensidad, por la incapacidad del sujeto para responder a él adecuadamente así como por los trastornos y efectos patógenos duraderos que provocan en su organización psíquica” (Marucco, 2015, p. 1), dichos patrones representacionales se organizaran de forma rígida y distorsionada en ciertos “aspectos del sentir, pensar y comportarse” (Horner, 1984, p.4).

A partir de esto, se constituyen relaciones intrapsíquicas entre las dos estructuras que a la vez están matizadas por un afecto predominante de acuerdo al ambiente primario que se vivenció. Dichas relaciones están vinculadas con la internalización de representaciones de objeto, es decir, “hacer aquello que alguna vez fue externo, parte del sí-mismo” (Horner, 1984, p.5). Por lo tanto, la calidad y cualidad de las relaciones primarias proveen como afirma Horner (1984), la matriz a partir de la cual se desarrollarán y desplegarán las demás funciones, tanto las autónomas del yo (Hartmann, 1987), como las maduracionales, permitiendo su desarrollo o desviación. De esta forma el desarrollo sano depende del

establecimiento de una adecuada matriz que permita el libre desenvolvimiento y desempeño de las múltiples funciones de un infante. Cuando se habla entonces de psicología dinámica-relacional se hace referencia a aquella psicología que parte de las concepciones: evolutiva, intrapsíquica y representacional.

La historia del desarrollo, la particularidad del mundo psicológico, el nivel de las relaciones presentes y la relación que se entabla con el terapeuta, evidencian el tipo de relaciones objetales internas de una persona en un momento particular. La relación terapéutica de esta forma, se convierte en una “matriz terapéutica”, donde el paciente despliega su modo de funcionamiento intrapsíquico, dándose una segunda oportunidad para el desarrollo, y desde donde el terapeuta se convierte en un mediador de la organización psíquica. La matriz terapéutica según Horner (1984) facilita la organización e integración de los distintos aspectos del sí mismo que hasta el momento han sido vivenciados como traumáticos y con un nivel abrumador de afecto.

Se constituye entonces una *diadaterapéutica* donde es posible intervenir los procesos configurados intrapsíquicamente por el paciente, abriendo la posibilidad de resignificación y movilización de dimensiones rígidas, escindidas, contradictorias o traumáticas, permitiendo de esta manera, como afirma Horner (1984) la emergencia “del self por fuera de la oscuridad del desespero existencial” (p.332)

A partir de lo anterior se considera pertinente comprender el maltrato infantil, y sus consecuencias en la adultez, desde la lógica de las relaciones objetales. Para este fin se toma a Fairbairn (2013), quien dentro de dicha teoría concibe el maltrato como una experiencia que se organiza a partir del primer vínculo que entabla un niño con sus cuidadores primarios, ya que, al ser ellos el primer y único vínculo que posee, aportan un matiz particular o una comprensión delimitada a las experiencias que el infante tiene consigo mismo y con los otros.

Continuando con los aportes de Fairbairn (2013), si la libido no busca el placer, sino al objeto, entonces el niño busca sus objetos, es decir, entabla relaciones con aquellos que son

los primeros representantes de los vínculos sociales, a partir de los cuáles comprenderá sus posteriores relaciones. De esta forma si existe un vínculo caracterizado por el maltrato, es “posible” que los vínculos que se entablen se comprendan desde dicha experiencia. No indicando esto una mirada lineal o causal del desarrollo, que subraya la rigidez e inmutabilidad de los acontecimientos de la infancia, pero si indicando una fuerte posibilidad de que dichas experiencias en la infancia tiendan a marcar y matizar el desarrollo posterior, mucho más si ellas son continuas y repetitivas en el tiempo, además de que son vivenciadas con los objetos primarios.

Fairbairn (2013), a partir del trabajo clínico con niños maltratados, da cuenta de por qué ellos permanecen ligados a sus objetos maltratantes y probablemente, como la libido busca objetos, en la adultez su ubique en dichas experiencias de maltrato. Él cuestiona la propuesta de Freud que remite la reexperimentación de los acontecimientos traumáticos al concepto de compulsión a la repetición, afirmando que,

Freud señaló una solución en más allá del principio de placer (1920), es decir, cómo es que los neuróticos se adhieren con tanta constancia a las experiencias dolorosas. La dificultad de explicar este fenómeno en términos del principio de placer, fue lo que condujo a Freud a retornar al concepto de “compulsión a la repetición”. Empero, si consideramos que la libido busca primariamente al objeto, no es necesario recurrir a este medio. En un artículo reciente (1943) intenté demostrar que la tendencia a adherirse a experiencias dolorosas puede explicarse en términos de relaciones con objetos malos (p. 348).

De esta manera, las diferentes experiencias de maltrato en sus variadas modalidades se comprenden desde las relaciones con objetos malos, que son el único vínculo que posee el infante, y por la tanto como es su único vínculo con el objeto, será a partir del cual comprenda y dirija probablemente sus futuras relaciones interpersonales.

La experiencia clínica con niños maltratados ha evidenciado también (Fairbairn, 2013), que ellos poseen un fuerte sentimiento de culpa y en muchas ocasiones se responsabilizan de dichas experiencias, como una manera de otorgarle a sus cuidadores aspectos positivos que tienden a mantener los vínculos, ya que si los cuidadores son vistos como buenos, esto permite que el vínculo se siga estableciendo. En las circunstancias donde existe mayor escisión surge constantemente la pregunta por si dichos acontecimientos fueron reales o no, indicando de esta forma el intento que hacen los niños y los adultos, por reestablecer los vínculos, ya que la bondad de sus cuidadores, así sea fantaseada, adjudica confianza a la relación y por ende su establecimiento continuo. Para Fairbairn (2013) los niños maltratados protegen los vínculos con múltiples mecanismos psíquicos: negación, escisión, culpa.

Surge entonces la necesidad de comprender los distintos mecanismos psíquicos utilizados por un sujeto para hacer frente a la experiencia del maltrato y la vivencia que hace de ésta experiencia en la adultez. De esta manera el maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo, emergen como un tema significativo que es necesario continuar esclareciendo y delimitando, con la finalidad de consolidar oportunas estrategias de intervención. Por lo tanto en la revisión de antecedentes se encontraron los siguientes datos que amplían su conocimiento.

El maltrato infantil se convierte en un fenómeno bastante significativo para la población nacional e internacional, debido al momento del desarrollo en que ocurren estos hechos, a la vulnerabilidad y desamparo de los niños para enfrentarlo y abordarlo, además de las posibles consecuencias a corto y largo plazo que esto conlleva, más aún si la exposición al maltrato es constante y reiterada, sin posibilidad de redes de apoyo. Por lo tanto se han hecho grandes esfuerzos a nivel investigativo por identificar y clarificar las posibles causas y consecuencias del maltrato infantil.

En el contexto investigativo se evidenció un creciente interés por el fenómeno del maltrato infantil, y sus consecuencias a corto y largo plazo. Como lo afirman De Paúl, Pérez-Albéniz, Paz, Alday, & Mocoroa, (2002); Ibarra-alcantar, Ortiz-guzmán, Alvarado-

cruz, Graciano-morales, & Jiménez-genchi, (2010); Pérez & De Paul, (2003), el maltrato infantil se ha convertido en una preocupación en el ámbito de la salud mental tanto nacional como internacional, ya que las cifras de niños maltratados son cada vez más altas, y las estadísticas que presenta cada país con respecto al maltrato no se reducen. Además como lo dice Ibarra-alcantar et al., (2010), hay cada vez más un conocimiento, a partir de las investigaciones en infancia, de las distintas variables necesarias para que ocurra un desarrollo humano normal y adecuado, además de saludable, pero este conocimiento no ha propiciado una reducción o mantenimiento de los porcentajes de maltrato infantil. Es por tanto una paradoja en la salud mental, que investiga cada vez más el desarrollo infantil, ampliando y conociendo las dimensiones que deben promoverse para que dicho desarrollo se realice sin ninguna perturbación significativa, pero a la vez el maltrato infantil continúa con altos porcentajes en la población.

Cuando se trata de explicar la etiología de los adultos maltratadores, una de las hipótesis que ha tenido mayor relevancia es la que afirma que el maltrato se transmite intergeneracionalmente(Castillo Guevara & Haz Montaldo, 2003), lo que implica que todo niño maltratado será en su futuro “posiblemente” un adulto maltratador. A partir de investigaciones con adultos maltratados en la infancia, se confirmó que esta hipótesis presenta serias dificultades, ya que las investigaciones evidenciaron que muchos adultos que tuvieron historia de maltrato en la infancia no son maltratadores (Castillo & Haz, 2003; De Paúl et al., 2002; Pérez & De Paul, 2003; Medina, 2009), muchos de ellos presentan una actitud resiliente(Castillo Guevara & Haz Montaldo, 2003; Santiago Medina, 2009) que se manifiesta en la capacidad de reponerse y reaccionar positivamente a las experiencias de dolor vivenciadas durante la infancia, poseen resistencia y tolerancia a las condiciones difíciles del medio social. Igualmente como explicita Janin(2002) puede ocurrir la transmisión del maltrato pero dicha transmisión es más compleja a como se ha entendido hasta el momento.

Algunas investigaciones afirman que el maltrato infantil es un factor predisponente al desarrollo de una personalidad maltratadora (Castillo Guevara & Haz Montaldo, 2003; Pérez & De Paul, 2003), pero este factor no es el único que da cuenta de por qué alguien

maltrata en la adultez, ni tampoco es condición única para ser maltratador. Los resultados de la investigación de (Castillo Guevara & Haz Montaldo, 2003; Pérez & De Paul, 2003), evidenciaron que hay adultos maltratadores con historia de maltrato y sin historia de maltrato en la infancia, además, adultos no maltratadores con historia de maltrato en la infancia. Por lo tanto las investigaciones apoyan parcialmente la hipótesis de que todo niño maltratado será en un futuro adulto maltratador (Pérez & De Paul, 2003), esta investigación pone al maltrato infantil como condición necesaria y única para el maltrato en la adultez. De esta manera se observa que el maltrato infantil es un factor predisponente pero no condición necesaria para ser maltratador en la adultez.

La investigación de Camps-Pons et al., (2014), mostró que los adolescentes y jóvenes que han tenido historia de maltrato en la infancia presentan apego inseguro en la mayoría de la población investigada y el 52,5% presenta sintomatología psicopatológica clínicamente significativa. Concluyeron que el maltrato infantil está asociado en la adolescencia y la juventud a una mayor prevalencia de apego inseguro, dificultades para establecer un auto concepto y una visión de los demás que permita regular adecuadamente las emociones y establecer relaciones de confianza. También encontraron un alto porcentaje de población con apego evitativo lo que dificulta el trabajo psicoterapéutico ya que dichos pacientes tienden a desconfiar y a mantener una perspectiva de sí mismo de fortaleza, independencia y normalidad. Definen la intervención con estos pacientes como una “base segura” donde se pueda explorar los aspectos dolorosos de la vida, incrementar la confianza y mejorar la capacidad para la intimidad.

De igual forma se evidencia cómo las personas adultas con historia de maltrato en la infancia, tienen mayor predisposición a desarrollar problemas de baja autoestima, temor a tomar decisiones, sentimiento de culpabilidad, miedo, vergüenza y aislamiento (Alarcón Forero, Araújo Reyes, Godoy Díaz, & Vera Rueda, 2010; Santiago Medina, 2009). También muchas de ellas presentan problemas sociales y conductuales¹, problemas

¹Baja autoestima hasta efectos cognitivos como problemas de atención y aprendizaje. Conductas agresivas y pobres relaciones interpersonales.

patológicos en el sistema nervioso central ², efectos orgánicos ³, cognitivos ⁴ y psiquiátricos⁵(Alarcón Forero et al., 2010).

De igual forma, los adultos maltratados en la infancia, presentan una mayor tendencia a desarrollar estrés postraumático (Marty M. & Carvajal A., 2005), conductas suicidas (Kokoulina & Fernández, 2014), esquemas maladaptativos tempranos (Gantiva Díaz, Bello Arévalo, Vanegas Angarita, & Sastoque Ruíz, 2009), infecciones de transmisión sexual (Itzel, Teresa, & Gerardo, 2008), niveles altos de estrés (Capano & Pacheco, 2014), enfermedades somáticas (Ferro, Maldonado, Montiel, & Rivas, 2010; Torres A., Troncoso E., & Castillo, 2006), depresión mayor y trastorno distímico(Ibarra-alcantar et al., 2010), y puede estar presente en su familia actual la violencia doméstica (Capano & Pacheco, 2014).

La mayoría de las investigaciones tienden al consenso de que, el maltrato en la infancia es un factor predisponente más no condición necesaria para desarrollar estados patológicos en la adultez, cuadros psiquiátricos, enfermedades somáticas y estados emocionales conflictivos. También aseveran que el maltrato no es condición necesaria para ser un posible maltratador en la adultez, además de que las condiciones del desarrollo humano son tan amplias y complejas que este no se puede ver de una forma lineal o en la lógica de causa-efecto, lo que simplificaría y minimizaría el papel de otras variables importantes en el desarrollo. También afirman que las condiciones y variables pueden modificarse con el transcurso del tiempo, lo que implica introducir un concepto ecológico y multidimensional (más no causal) para comprender los efectos del maltrato en la adultez (Gantiva et al., 2009; Muñoz, 2014).

Igualmente se afirma la necesidad de investigar las distintas variables que pueden hacer parte del contexto de maltrato (De Paúl et al., 2002), como son las características de los padres, el contexto de apoyo social de los niños, las condiciones biológicas y psicológicas

² Ansiedad intensa que activa el locus coeruleus y el sistema nervioso simpático, causando la liberación de noradrenalina. aumento de la sensibilidad del sistema noradrenérgico, inatención hipervigilancia, síntomas psicóticos, problemas de memoria y aprendizaje. aparición de distimia y conductas adictivas.

³ Daño cerebral severo y muerte. molestias gastrointestinales, trastornos de somatización

⁴ Dificultades académicas.

⁵ Trastorno antisocial, comportamientos agresivos, estrés postraumático. depresión, abuso de sustancias, alteraciones en la conducta alimentaria, trastorno paranoide y límite de la personalidad.

del niño maltratado, el momento evolutivo, la intensidad y el tiempo de exposición del maltrato (Gantiva et al., 2009), las relaciones afectivas con otros miembros de la familia, el grupo social al que pertenecen entre otros. También es necesario investigar cuáles son las variables que permiten reducir las posibilidades de que un sujeto con historia de maltrato infantil se convierta en maltratador, asimismo es necesario ahondar el por qué y cuáles son las variables que permiten que alguien posea una actitud resiliente hacia el maltrato en su adultez.

Uno de los puntos en común de las investigaciones fue la necesidad de diferenciar los distintos tipos de maltrato o clasificarlos, ya que los efectos vividos durante la adultez dependerán del tipo de maltrato. Para los investigadores es diferente que alguien haya sido sometido a maltrato verbal, físico, sexual, psicológico, negligencia y emocional (Castillo Guevara & Haz Montaldo, 2003; De Paúl et al., 2002; Ferro et al., 2010; Gantiva Díaz et al., 2009; Itzel et al., 2008; Kokoulina & Fernández, 2014; Marty M. & Carvajal A., 2005; Muñoz Olano, 2014; Santiago Medina, 2009). De la misma manera insisten en la necesidad de definir qué se entiende por maltrato, ya que las características culturales y las prácticas sociales pueden modificar su significado (Gantiva Díaz et al., 2009).

Una de las dificultades encontradas consiste en que se realizaron estudios retrospectivos a partir de los recuerdos de acontecimientos pasados. Varios de los investigadores afirman que éste método puede generar amplios márgenes de error (De Paúl et al., 2002) ya que muchos sujetos pueden justificar el maltrato adulto debido a acontecimientos traumáticos en la infancia que no existieron, generando así en las investigaciones una sobrerrepresentación. También algunos relacionan su historia de maltrato infantil con su funcionamiento psicológico actual, ubicando su historia en la lógica causa-efecto. La validez de estos estudios ha sido cuestionada ya que los recuerdos de personas que sufrieron maltrato suelen ser distantes y tienden a fallar (Muñoz Olano, 2014).

La mayor parte de las investigaciones que se han realizado hasta el momento son transversales, en donde, en un momento evolutivo particular de un individuo se explora sus recuerdos pasados de maltrato infantil y sus actuales consecuencias. Se presenta como una

fuerte dificultad la ausencia de investigaciones longitudinales (Muñoz Olano, 2014) que permitirían una ampliación de la comprensión de las consecuencias a largo plazo del maltrato en la infancia y las distintas variables implicadas en él. Pero este tipo de investigaciones además de costosas son bastante extensas en tiempo, por lo tanto los resultados tendrían una presentación muy demorada.

La mayoría de investigaciones encontradas en bases de datos son hechas con población femenina. La población masculina aparece solo en algunas de ellas como padres maltratadores, lo que implica que las investigaciones en adultos con maltrato infantil se limita a lo femenino, frente a la comprensión de sus consecuencias en hombres maltratados.

Los resultados que se presentan son estadísticos o probabilidades de que un niño maltratado sea un adulto maltratador; Pero la vivencia del maltrato organizada en la experiencia subjetiva de los individuos desaparece, lo que indica la necesidad de investigar en clínica que permita ahondar qué pasa con la experiencia de maltrato a largo plazo, y en este caso, cómo se organizó la experiencia en adultos no maltratadores, con historia de maltrato en la infancia. Las estadísticas pueden apoyar y ser un complemento a la investigación en clínica que amplíe el sentido que cobra el maltrato infantil para las personas en su adultez, ya que el hecho de que un adulto con historia de maltrato sea en su adultez no maltratador, no quiere decir que su experiencia infantil traumática haya desaparecido de su experiencia subjetiva; o que un adulto maltratador, como lo indican las investigaciones, no implica que haya sido maltratado en la infancia, otras variables pueden influir en la experiencia de maltrato en la adultez.

Se identifica un vacío en la investigación en clínica sobre el maltrato infantil y su experiencia en la adultez. Esto debido a las implicaciones de la investigación basada en evidencia que precisa de un profesional con capacidad de analizar datos a partir de la evidencia clínica, para luego transferirlos a la investigación permitiendo respuestas a las constantes encrucijadas del ejercicio terapéutico. De igual forma se reconoce que hay muchos profesionales trabajando en psicología clínica, incluso esta temática, pero sus experiencias pocas veces se sistematizan, además de que están dispersas.

De igual manera la investigación en clínica implica “investigación e intervención”, ya que una de las finalidades es enriquecer los distintos métodos clínicos y la mayor comprensión de diagnósticos, procesos de desarrollo, tratamiento, pronóstico y valoración de metas terapéuticas. Se evita por lo tanto una escisión en la investigación, que es resultado del distanciamiento que se hace de la población original.

En el contexto Colombiano se han realizado también diversas investigaciones que aportan estadísticas significativas evidenciando el mantenimiento y el aumento del maltrato en la infancia. Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), desde enero de 2012 hasta enero de 2013 han ingresado 16.457 niños, niñas y adolescentes por maltrato, de ellos 51,5% son niños y 48.5% son niñas. Los departamentos con mayor presencia son Bogotá con 4.172; Valle 1.599; Antioquia 1.155; Ubicándose Antioquia en el segundo lugar. Las edades de mayor presencia de maltrato son entre los 6 y los 18 años de edad, siendo el nivel máximo, entre los 12 – 18 años. Los tipos de maltrato presentados son: psicológico, físico, abandono (negligencia o descuido) y en gestación.

Las cifras del ICBF del 2014 indican que entre al 1 de enero y el 4 de abril se reportaron 13.670 denuncias (7.851 por negligencia; 4.519 maltrato físico; 789 a maltrato psicológico; 309 a episodios de acoso escolar; 202 casos de maltrato a niños en gestación. Las cifras indican un incremento del 52% ya que en el mismo periodo de 2013 se hicieron 8.975 denuncias.

Según los datos del ICBF en el año 2015, el maltrato infantil es el primer motivo de ingreso de los niños, niñas y adolescentes al sistema de protección de ICBF. La gran mayoría de los casos ocurre en el seno de la familia. De acuerdo con la edad, el 39,8% atendidas son de 6 años; el 30,2% tienen entre 6 y 12 años; y el 28,7% corresponde a adolescentes entre 12 y 18 años. Los procesos de restablecimiento de derechos aumentaron en los departamentos de Putumayo (77%), Casanare (44,4%), Huila (39,1%), Antioquia (38,6%), Caquetá y Chocó (33,3%), Risaralda (20,3%), Norte de Santander (15,4%) Y Magdalena (3,7%).

Ante las presentes estadísticas el estado colombiano ha realizado constantes esfuerzos por ofrecer a los niños y adolescentes unas garantías tanto en políticas públicas como legales, que permitan la vivencia de un desarrollo integral. Una de éstas garantías es la ley de infancia y adolescencia (1098 de 2006), que pretende garantizar un desarrollo pleno y armonioso a partir de contextos sociales estables y seguros como son la familia y la comunidad. Dicha ley tiene como objeto establecer normas “para la protección integral de los niños, las niñas y adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades” (p. 2), enmarcada en los distintos convenios y tratados internacionales de derechos humanos.

La ley de infancia y adolescencia (Congreso de Colombia, 2006) en Colombia reconoce a los niños y adolescentes como sujetos de derechos, y materializa su protección a partir de “políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos” (p.3). De esta manera se enfrenta el maltrato y se generan estrategias de prevención que promueven el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a tener un ambiente familiar y social libre de toda forma de explotación.

A partir de lo anterior se plantea entonces la necesidad de investigar sobre las consecuencias del maltrato en la infancia en pacientes adultos, ya que las investigaciones evidenciaron la probabilidad de que un adulto con historia de maltrato en la infancia desarrolle cuadros crónicos diversos. Entre ellos, cuadros depresivos (Ibarra-Alcantar et al., 2010), alta vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas, ejercer una sexualidad caracterizada por la promiscuidad y la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual (Itzel et al., 2008), además de sufrir diversas enfermedades físicas (Ferro et al., 2010). De igual forma los cuadros patológicos de la adultez evidenciados en las investigaciones cruzan los distintos diagnósticos psiquiátricos planteados en el DSM IV, lo que da cuenta de las graves consecuencias del maltrato en la infancia.

Se subraya igualmente la urgencia de investigar en clínica a los adultos con historia de maltrato en la infancia, ya que por las implicaciones de costos y tiempo de las investigaciones longitudinales la mayoría de las investigaciones han realizado estudios

epidemiológicos, dejando de ésta manera un vacío en la comprensión de las consecuencias a largo plazo del maltrato. Más aún cuando la tendencia oscila sólo entre ser o no maltratador en la adultez, lo que subsume la variedad de experiencias y vivencias que hace un adulto ante su historia infantil de maltrato.

Según investigaciones en intervención clínica en adultos con historia de maltrato en la infancia, uno de los focos con este tipo de pacientes es la alianza terapéutica. Según Price, Hilsenroth, Callahan, Petretic-Jackson y Bonge(2004), estos pacientes tienen iguales posibilidades para entablar una alianza positiva y mantenerla a lo largo del tiempo en relación a aquellos que no han sido maltratados en la infancia, pero también evidenciaron que en estos pacientes hay una mayor probabilidad de reacciones negativas en la alianza terapéutica debido a su historia de maltrato. Los resultados de esta investigación desafían las posiciones (Price et al., 2004) que afirman que este tipo de personas pone constantemente en peligro la alianza terapéutica evidenciando un pronóstico positivo para su establecimiento y mantenimiento.

Según Chu(1992) es necesario establecer una buena alianza terapéutica ya que ésta será la que permita que cada paciente pueda, en un ambiente de confianza, enfrentarse a sus recuerdos dolorosos y darse la oportunidad para resignificarlos, una mayor capacidad de introspección y de tramitación del maltrato (Paivio & Niuewenhuis, 2001). Chu(1992) destaca el arduo proceso que se debe llevar a cabo para establecer una alianza terapéutica confiable, ya que este tipo de personas tienen profundas perturbaciones en las relaciones que interfieren en su vida presente, al haber sido vulnerados y maltratados durante un largo tiempo y en un momento de su vida en que eran indefensos, tendrán entonces dificultades en las relaciones interpersonales lo que evidentemente será puesto en terapia. De igual forma, si se logra establecer una alianza confiable y segura, el espacio terapéutico se convertirá en una relación de apoyo para enfrentar el pasado.

Otra categoría como aspectocentral en la intervención clínica en pacientes adultos con historia de maltrato en la infancia según las investigaciones encontradas es la experiencia emocional. Se encontraron en la mayoría de las investigaciones (Crempien & Martínez, 2010), (Kristensen, 2007), (McCrone et al., 2005), (Price et al., 2004), (Zerbe Enns et al.,

1998), (Briere, 2002), (Chu, 1992), (Arnow, 2004), (Paivio & Niuewenhuis, 2001), (Ventosa Villagra & López Navarro, 2007), (Sarasua, Zubizarreta, de Coral, & Echeburúa, 2013), (Sarasua et al., 2013) que las emociones son una de las dimensiones que presentan mayor patología y por lo tanto es uno de los puntos cruciales para la intervención clínica.

El deterioro emocional en pacientes adultos con historia de maltrato en la infancia se evidencia en los cuadros patológicos vivenciados en la adultez. Entre estos las investigaciones revelaron la depresión (Arnow, 2004), ansiedad, estrés postraumático (McCrone et al., 2005), entre otros. De esta forma el crecimiento emocional se convierte en una línea del desarrollo para investigar en este tipo de pacientes. Según Paivio(2001) algunos pacientes con maltrato en la infancia presentan una sobreregulación emocional, que ella nombra como un “atrincheramiento”, siendo una estrategia de defensa contra las emociones traumáticas. Según ella es necesario investigar las diferencias del deterioro emocional en los distintos tipos de maltrato, lo que implicaría intervenciones clínicas diferentes tanto en tiempo como en estrategias de intervención.

Para Chu(1992) estos pacientes presentan hipervigilancia y un aumento automático del arousal, ya que sus experiencias previas de maltrato los predisponen para estar alertas ante la repetición del mismo tanto en sus relaciones interpersonales como en la relación terapéutica, ya que allí por las características de la intervención clínica, tienden a retornar los afectos y sensaciones asociadas con eventos del pasado lo que implica una activación de estrategias usadas anteriormente, es decir, a recrear y repetir dichas experiencias lo que los lleva a tomar medidas para la autoprotección. Es así como en el proceso terapéutico se abre la posibilidad excepcional para la intervención clínica de dichas estrategias.

Briere(2002) afirma que estas personas tienen fuertes dificultades con la regulación y tolerancia a las emociones, en especial aquellas relacionadas con su historia de maltrato. Se encuentran dificultades en la capacidad para controlar y tolerar emociones fuertes sin tener que recurrir a estrategias de evitación como la disociación, el abuso de sustancias, o comportamientos extremos para reducir la tensión extrema. En muchas circunstancias la regulación emocional está tan afectada que se abruma fácilmente ante el asedio emocional. Para Briere(2002) el uso de estas estrategias para evitar la inundación emocional se

convierte en un obstáculo para el desarrollo de estrategias de autoregulación sofisticadas, es por este motivo que la intervención clínica al inicio debe ir dirigida al uso de dichas estrategias.

Según Briere(2002) los pacientes adultos consumen muchas energías en la utilización de los distintos mecanismos de evitación de las emociones traumáticas, pero indudablemente estos mecanismos permiten mantener un equilibrio interno. En ausencia de ellos se pueden sentir abrumados por estados de ansiedad y angustia, lo que evidencia que estos mecanismos son respuestas de supervivencia necesarios. Por lo tanto en la intervención clínica se debe tener cuidado con la manera como se gestionan dichos mecanismos ya que podría iniciar una potencial amenaza al equilibrio interno del paciente.

Briere(2002) afirma que el proceso terapéutico es visto en estas circunstancias como una “ventana terapéutica”, donde pueda lograrse una posición segura a la exposición de emociones abrumadoras. Las intervenciones enfocadas en la “ventana terapéutica” van dirigidas al crecimiento psicológico, la desensibilización, y el procesamiento cognitivo, sin la necesidad de abrumar excesivamente al paciente lo que implicaría una retraumatización.

Para Price et al. (2004), la terapia psicodinámica fue apropiada para que los pacientes tuvieran un control más adaptativo de sus emociones agresivas, de esta forma evidencia que la terapia permite cambios significativos en la autoagresión y en la expresión de los afectos en especial los relacionados con el maltrato. Junto con esto, los resultados mostraron una mayor tolerancia a los sentimientos dolorosos.

Crempien & Martínez (2010) investigaron la relación entre vergüenza y el abuso sexual infantil. Según la investigación las mujeres que han pasado por estos episodios presentan mayor tendencia a experimentar vergüenza y culpa. En este caso la vergüenza se relaciona más con el funcionamiento global de sí mismo, con el “ser”, mientras que la culpa con el hacer. La vergüenza motiva el aislamiento, mientras que la culpa la reparación. Este sentimiento en las mujeres adultas con historia de abuso sexual en la infancia se relaciona con la dificultad que tienen ellas para diferenciar su responsabilidad con la del victimario. La investigación de Kristensen(2007) evidenció que los cambios ocurridos en terapia se mantuvieron y mejoraron con el tiempo, además de que hubo un mayor ajuste psicosocial.

Una tercera categoría central en la intervención clínica en adultos con historia de maltrato en la infancia es la elaboración y resignificación de los esquemas mentales. Para Briere(2002) los esquemas mentales surgen de la interacción niño-cuidador, en los primeros años de vida, son creencias fundamentales en la vida de cada persona; la calidad y la valencia de estos esquemas afectan intrínsecamente la capacidad para formar y mantener relaciones significativas con otras personas. Estos esquemas pueden generar relaciones íntimas conflictivas o caóticas. Los adultos con historia de maltrato en la infancia según Briere(2002) organizan esquemas negativos que fácilmente se activan por estímulos interpersonales. Dichos esquemas también serán activados en la relación terapéutica siendo una oportunidad para resignificarlos.

Para Gantiza Díaz et al. (2009) los adultos con historia de maltrato poseen esquemas cognitivos de estándares inflexibles, de autosacrificio, fracaso, abandono y culpa. Según Holmes, Arntz, & Smucker, (2007) la finalidad de la terapia es poder modificar los pensamientos traumáticos que permiten el procesamiento del material traumático. Según los autores los pensamientos negativos se relacionan con trastornos psicológicos como la depresión, el estrés postraumático y la fobia social, dichas imágenes mantienen el ciclo del trastorno. Ellos proponen que la intervención esté dirigida a la “reescritura” de las imágenes mentales promoviendo la resignificación de sí.

Una cuarta categoría identificada en los antecedentes investigativos es la representación de sí que poseen los adultos con historia de maltrato en la infancia. Para Chu (1992) estos pacientes se sienten intrínsecamente anormales o defectuosos, una actitud masoquista, por su historia infantil de abuso. Otra de las dificultades evidenciadas en las investigaciones referidas a la representación de sí es la autoestima (Paivio, 2001), (McCrone, 2005); (Crempien, 2010); (Sarasua, 2013), según estos autores se presentan en ellos una alteración bastante significativa en el desarrollo de una autoestima basada en la autoconfianza, y la seguridad frente a las relaciones interpersonales, o la capacidad para mantener vínculos significativos con otros (Briere, 2002).

De igual forma Briere (2002) afirma que estas personas debido a la representación que tienen de sí están constantemente confirmando expectativas frente a sí mismos y a los

demás, que se juegan en la esfera interpersonal. Para él, el trauma crónico puede generar expectativas y percepciones negativas frente a cuestiones de seguridad, confianza, estima, intimidad y el control. Para Briere (2002) esta representación de sí y de los otros se construyen en el contexto de la relación primaria y temprana madre-hijo, a partir de la cual el niño hace inferencias desde la forma como es tratado por el cuidador, lo que puede llevar a autorepresentaciones negativas, a la sensación de que él es intrínsecamente inaceptable o malo, y que además merece un “castigo”, de igual forma puede verse como impotente, inadecuado o débil.

La investigación que realizó Price et al. (2004) identificó que la intervención clínica permite que estos pacientes mejoren su autoconcepto, sintiéndose mejor consigo mismo debido a la mayor adaptación psicosocial que realizaron. Identificaron cambios en el afecto y la agresión. De esta forma estos pacientes como resultado de la intervención clínica lograron tomar el control de su propia vida, tolerar los sentimientos dolorosos, e identificaron un cambio global en su desempeño. De igual forma identificaron mejoras dramáticas en la autoestima.

De igual forma Crempien & Martínez (2010), identificaron que una de las emociones más relacionadas con la representación de sí en mujeres víctimas de abuso sexual es la vergüenza. Ésta se relaciona con el funcionamiento global de sí, compromete la identidad de la víctima. La investigación refiere la vergüenza como referida al “ser”, produciendo una gran decepción consigo mismo, inadecuación y defectuosa. La vergüenza motiva el aislamiento. De igual manera la vergüenza indica la dificultad que tiene una víctima de abuso sexual para diferenciar entre su responsabilidad y la del victimario. Esta emoción es central en la intervención clínica y debe prestarse atención al proceso de develamiento de la vergüenza junto con los problemas de salud mental que acarrea.

Sarasua et al. (2013) revela los diferentes funcionamientos psicológicos presentes en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. Estos estados psicológicos están relacionados con los trastornos psicológicos presentados en el DSM IV, trastorno de estrés postraumático crónico, una sintomatología ansioso-depresiva, un comportamiento sexual insatisfactorio, trastornos de personalidad (especialmente el trastorno antisocial y el

trastorno límite), alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de alcohol o drogas o una adaptación inadecuada a la vida cotidiana. Según la investigación presentada, en la intervención clínica que se realizó hubo desaparición del trastorno de estrés postraumático y de las conductas de evitación sexual en el 90.7% y el 81.2% de los casos respectivamente, pero la desaparición del malestar emocional ha sido algo más reducida (64.5%), quizá porque esta última variable es más resistente al cambio. De igual forma una alta deserción (36%) del tratamiento debido a la dureza de una terapia que obliga a las personas a confrontar emociones y cogniciones negativas.

Una quinta categoría identificada a partir de la revisión de antecedentes son los momentos del tratamiento en pacientes adultos con historia de maltrato en la infancia. Para Chu (1992) en la intervención clínica debe primero consolidarse unos fundamentos terapéuticos a partir de la alianza terapéutica, la confianza y la empatía, junto con la aceptación incondicional, para luego pasar a un momento de exploración y abreacción de experiencias traumáticas. De esta forma el establecimiento de la alianza y el fortalecimiento de los recursos psíquicos iniciales permitirá luego una exploración adecuada sin que el paciente vivencie una revictimización del abuso. Para Chu (1992) el terapeuta debe brindar apoyo durante un largo proceso hasta que los pacientes puedan enfrentar los afectos negativos y los impulsos destructivos, esta exploración no será posible o se convertirá en una revictimización si no se consolidó una alianza estable y segura. Finalmente se realiza una resignificación y responsabilización de la propia historia.

Para Briere (2002), el inicio de la intervención clínica debe estar caracterizado por un apoyo sostenido y fiable hacia el paciente, además de la aceptación incondicional, de manera que el paciente se permita la introspección. De igual manera el ambiente terapéutico inicial proporciona las condiciones necesarias para que el paciente reconsidere la validez de las percepciones que tiene sobre sí mismo.

Zerbe Enns et al. (1998) indica la importancia de la relación terapéutica e insta a los profesionales a proceder con cautela en estos casos debido a que el conocimiento científico y el consenso están todavía en desarrollo. Kristensen (2007) evidencia que la terapia grupal tiene mejores resultados que la intervención individual en algunos casos en lo referido a la

reducción de la ansiedad y la adaptación psicosocial, pero los dos evidenciaron resultados positivos. Un aspecto importante de la intervención clínica con éstos pacientes es la terapia dirigida a múltiples focos. Según Ventosa Villagra & López Navarro (2007), muchos de los pacientes víctimas de incesto, presentan una amplia gama de trastornos y múltiples síntomas, y no un trastorno o síndrome clínico específico, lo que implica que la intervención tenga en cuenta múltiples áreas relacionales y funcionales afectadas.

Una sexta categoría que emergió en la revisión de antecedentes es el papel del terapeuta. Para la mayoría de las investigaciones (Paivio & Niuewenhuis, 2001), (Chu, 1992), (Briere, 2002), (Price et al., 2004), (Crempien & Martínez, 2010), (Ventosa Villagra & López Navarro, 2007), (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011), (Sarasua et al., 2013), el rol del terapeuta en la intervención clínica en pacientes adultos con historia de maltrato en la infancia es central, ya que a partir de éste vínculo se confrantan y tramitan las experiencias traumáticas en la infancia.

Para Chu (1992) los terapeutas deben ser conscientes de los factores dinámicos implicados en la retraumatización de estos pacientes. Para él el vínculo con el terapeuta permitirá romper los lazos con los vínculos de su pasado traumático, a partir de los patrones de relación y funcionamiento con el terapeuta. La vigilancia que el terapeuta dirija a estos patrones evitarán una retraumatización. De lo contrario, los pacientes tratarán de repetir y recrear situaciones de abuso. Es por esto que se deben tomar constantes medidas “activas” para garantizar el cuidado y la seguridad personal. De igual forma afirma Chu (1992), que los terapeutas deben ser conscientes de cualquier forma de recapitulación de los patrones de abuso o victimización en la relación terapéutica.

Para Briere (2002) el terapeuta, a partir de comprender la intervención como una “ventana terapéutica”, encontrará el lugar adecuado para no exponer a los pacientes a materiales traumáticos intensos emocionalmente. Debe evitar las intervenciones con un ritmo apresurado que rebase la ventana terapéutica, que no permita además la posibilidad de que el paciente acomode y procese adecuadamente el material activado en la terapia. Si no procede así, el paciente tendrá que utilizar constantes maniobras de evasión, para evitar ser abrumado en la terapia. Muchas veces estas situaciones son resistencias del

terapeuta ante sus propios errores. Afirma Briere (2002), que cuando las intervenciones del terapeuta superan la ventana, suelen dañar al sobreviviente de maltrato en la infancia.

Según Crempien & Martínez (2010), los terapeutas en la intervención clínica con mujeres que han sufrido de abuso sexual, deben ser cuidadosos con sus propias expresiones verbales y no verbales de vergüenza que podrían reforzar la vergüenza de las pacientes. Así mismo Echeburúa & Guerricaechavarría (2011) afirman que el terapeuta debe estar atento a los distintos momentos del proceso terapéutico de manera que se mantenga siempre el ambiente de confianza y de ayuda.

Finalmente es necesario subrayar que algunas de las investigaciones resaltan la importancia de los factores de resiliencia en el caso de maltrato en la infancia (Castillo Guevara & Haz Montaldo, 2003), (Aracena, Marcela; Castillo, Ramón; Haz, Ana María; Cumsille, Francisco; Muñoz, Sergio; Bustos, Luis; Román, 2000), lo que implica que no toda persona que ha sido maltratada en la infancia necesite de intervención terapéutica. Este es un elemento importante dentro de las investigaciones consultadas, ya que se identifica además que se han realizado pocas investigaciones con personas maltratadas en la infancia que no presentan síntomas psiquiátricos relevantes y que por el contrario presentan fuertes factores protectores.

También se resalta que según el tipo de maltrato y el tiempo de exposición será la intervención clínica. Un consenso importante es que mientras más temprano, más repetitivo y el maltratador haga parte de los vínculos primarios, mayor será el deterioro presentado en las víctimas.

De esta manera la presente investigación se propone comprender las implicaciones clínicas de la intervención psicológica en pacientes adultos con historia de maltrato físico y verbal en la infancia.

4. Objetivos

Identificar las características centrales del proceso terapéutico en adultos con historia de maltrato en la infancia.

Determinar las particularidades en la organización psíquica de pacientes adultos con historia de maltrato en la infancia.

Establecer las estrategias presentes que utilizan los pacientes para hacer frente en la adultez, a su historia de maltrato infantil.

5. Referente conceptual

5.1. Intervención en psicología clínica

El inicio de la psicología está marcado por el espíritu científico que trazaba el horizonte hacia el cual debían dirigirse las distintas disciplinas si deseaban ser incluidas dentro del linaje positivista que les aseguraba una posición privilegiada dentro de la cultura. El positivismo se caracterizaba por la comprobación, la certeza y la objetividad de sus resultados, características que le proporcionaba el método científico, asegurándole un conocimiento preciso y claro como fruto de la observación, la postulación de hipótesis con la consiguiente comprobación mediante el experimento (Gondra, 1997).

De igual forma, la psicología surge también del discurso de la filosofía haciendo parte de una antropología filosófica centrada en el terreno de la epistemología ,que en ese momento se entendía como metafísica, describiendo “los comportamientos del hombre en términos de substancia y de facultades innatas trascendentales”(Japiassu, 1981, p. 43). Al ser parte de la filosofía en un contexto empírico-positivista era considerada como una ciencia menor ya que se dedicaba a una reflexión netamente abstracta. Como bien lo afirma Japiassu (1981), para librarse de la especulación de la filosofía se vio en la tarea de ubicarse dentro de las ciencias de la naturaleza en el siglo XIX,

a una perspectiva científica cuyo campo epistemológico se lo ofrecían las ciencias experimentales de orden psicoquímico y biológico, mucho más sólidas y con un estatuto de cientificidad reconocido por todos (Japiassu, 1981, p. 44).

De esta manera se va transformando en un quehacer científico, tomando prestados los instrumentos y métodos de la ciencia empírica que le aseguraban la objetividad de sus productos, más aún cuando en el momento histórico el prestigio de la ciencia estaba presente con todo su auge en la cultura, con el consiguiente desprestigio de los quehaceres que estaban fuera de dicho “rigor” científico. Ocurre entonces una extrapolación del método científico positivista a la psicología permitiendo hacer de ella una ciencia de la naturaleza humana, con posibilidad de dar cuenta de las leyes de la conciencia gracias a la regularidad y estabilidad de los procesos mentales que ocurren en ella, y que a través de la observación y el experimento son susceptibles de cálculo estadístico (Gondra, 1997, p. 76).

En este contexto el psicólogo es entendido como un científico que posee las herramientas necesarias para medir los procesos psicológicos básicos. Siguiendo la idea de Watson, con la oportunidad de formular leyes y principios que permiten dirigir la conducta humana. A partir de esta finalidad era necesario descomponer la conciencia en sus elementos más simples (Gondra, 1997), para que a través de su combinación se pudiera dar cuenta de las conductas complejas de los seres humanos. Estas unidades básicas de medición eran consideradas por Watson como el estímulo y la respuesta, mientras que Titchener afirmaba que eran la sensación y el sentimiento (Gondra, 1997).

Como lo afirma Durán et al., (2007), analizar las sensaciones y establecer una relación de lo físico con lo psíquico fue posible gracias a que la cultura científica le proporcionó a la psicología los instrumentos necesarios para realizar este tipo de mediciones, identificando la psicología como una ciencia de carácter científico, cuyo objeto de estudio está basado en la medición de la sensación como “elemento básico, constitutivo único de la conciencia y de la materia (p. 138), constituyéndose así una psicología general, basada en la medición de los procesos psicológicos (percepción, memoria, sensación).

En este contexto surge la psicología clínica entre una psicología que se debate en diversas escuelas pertenecientes a dos concepciones irreconciliables: la científico-natural y la científico fenomenológica (Durán et al., 2007), concepciones que paralelamente

formaron diversas escuelas de la psicología complejizando mucho más la pregunta por su identidad. Ante esta confusión Vygotski (citado en Durán et al., 2007), propone que la psicología aplicada tiene un papel importante en la resolución de esta crisis, ya que al confrontarse con la práctica, ésta está obligada a integrar dimensiones hasta ahora excluidas del discurso de la psicología dedicada solo a la experimentación, para integrar un discurso del psiquismo mucho más amplio y complejo.

Igualmente, como afirma Bedoya (2010) la psicología clínica ha sido atravesada por la herencia de la psicología y de la psicología clínica en sí con sus antecedentes fisiológicos y médico psiquiátricos, que inevitablemente influyeron en su surgimiento, siendo llevada inevitablemente a una indiferenciación respecto de dichos modelos. Así mismo, afirma Foucault (2004) al referirse a la clínica,

La clínica, invocada sin cesar por su empirismo, la modestia de su atención y el cuidado con el cual deja venir silenciosamente las cosas bajo la mirada, sin turbarlas con ningún discurso, debe su importancia real al hecho de que es una reorganización en profundidad no sólo del discurso médico, sino de la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad (p.14).

Es a partir de la segunda guerra mundial (Duran et al., 2007) que la psicología aplicada cobra auge con el desarrollo de diagnósticos psicológicos, al inicio en combatientes de guerra para luego extenderse a la población en general, donde “en 1944, veinte millones de militares y civiles fueron sometidos a unas sesenta millones de pruebas psicológicas” (Durán et al., 2007, p. 141), constatando la importancia del diagnóstico psiquiátrico y su relación con la labor del psicólogo clínico. Se da comienzo entonces a una concepción de la psicología clínica relacionada con la aplicación de test,

ya en 1940, habían aparecido tal cantidad de pruebas, más de quinientas, que se necesitó un *Mental Measurement Yearbook* para catalogarlas, y el desarrollo, la aplicación y la evaluación de estos instrumentos siguieron estimulando el diagnóstico y la investigación de los psicólogos clínicos (Durán et al., 2007)

De igual forma los psicólogos clínicos se ven forzados a escribir informes psicológicos, y debido a la creciente demanda de trastornos psiquiátricos como fruto de la guerra, se ven apremiados a realizar terapia, ejercida en la época la psicoterapia sólo por psicoanalistas y psiquiatras, lo que evidenciaba la poca preparación de los psicólogos clínicos para desarrollar intervenciones terapéuticas (Durán et., al 2007).

Estos psicólogos eran referidos como “profesionales de segunda clase, confundidos con técnicos de pruebas psicológicas” (Durán et al., 2007, p. 141). Además el modelo inicialmente implicado en esta tarea es el médico (Bedoya, 2006) que atiende las necesidades que surgen a partir de la lógica salud-enfermedad y normal–patológico propio de dichas ciencias. Pero si bien, inicialmente la psicología clínica cobra sentido en la aplicación y evaluación de test, junto con su diagnóstico, dichos psicólogos comenzaron a hacer parte de las técnicas clínicas propias de los hospitales, prisiones y clínicas, para luego salir de ellas y ejercer dicha profesión con ciudadanos considerados comunes. Finalmente en 1947 se presenta el informe Shakow que sentó las bases para la formación de psicólogos que desean ser clínicos, y de esa manera en la convención de Boulder de 1949 dos años después, se autoriza a los psicólogos el ejercicio de la psicoterapia enclavada hasta el momento sólo en el psicoanálisis y la psiquiatría.

En Boulder se fundamentó la formación del psicólogo clínico en la tríada: diagnóstico, intervención e investigación. Según Bedoya (2006), desde ahí “se consolidaron tres líneas de trabajo en psicología clínica: la científico-natural (conductista y cognitiva), la clínico-observacional (psicología psicoanalítica), y fenomenológico-existencial (humanista)” (p.34).

5.2.Clínica psicológica

Alternativamente a la psicología científica, ha existido una “historia paralela de la psicología clínica” (Durán et al., 2007) ubicada más allá de la ciencia psicológica experimental, que se ocupa de “la vivencia subjetiva, de la experiencia inmediata, referida

a la forma cómo las personas intuyen, perciben de manera vívida el mundo de la vida” (Durán et al., 2007, p. 145), constituyéndose más como un arte (que como un método sistemático regido por unas leyes) que particulariza la experiencia de vida sin necesidad de homogeneizarla o estandarizarla, sin posibilidad de replicación debido a la singularidad de dicha experiencia, sin hacer uso de preconceptos técnicos descriptivos que permiten la inclusión del sufrimiento en un catálogo médico-explicativo y estableciendo al paciente con su mundo subjetivo en el punto de partida de la intervención.

De esta manera se establece un nuevo paradigma “clínico” excluido del status quo de la ciencias biológicas que se han encargado de evaluar, diagnosticar, explicar y modificar asuntos relacionados con trastornos mentales y con procesos de enfermedad-salud” (Trujillo Rodríguez, 2009, p. 30). Además las implicaciones de que la psicología clínica se encuentre “sumida en una disciplina que debe responder a exigencias prácticas, empíricas (curar, orientar, aconsejar etc.) y ostenta al mismo tiempo, pretensiones de carácter científico” (Braunstein, 1994, p. 147), la ha llevado a correr el peligro de derivar en una neurociencia.

Es por esto que la clínica psicológica desafía los paradigmas hegemónicos proponiendo alternativas de razonamiento que se alejan de la lógica y la estadística junto con la objetivación de los síntomas que transforma el lecho del enfermo, en “campo de investigación y discursos científicos”(Foucault, 1998, p. 9), para vincularse a procesos de reflexión caracterizados por la intuición, la empatía, el pensamiento y la emoción, dimensiones no fragmentadas, sino interdependientes sin subsumirse la una a la otra, y participando conjuntamente de los vínculos humanos y en esta circunstancia de los procesos clínicos, a partir de los cuáles el psicólogo articula la teoría.

De esta manera la teoría se enclava en la experiencia particular más que en la generalización conceptual. La teoría en la clínica psicológica es un producto de la reflexión sobre una experiencia en particular, más no una plantilla que se le impone a la experiencia (Schnitter, 2004). De esta manera como afirma Schnitter (2005) “en esta medida no podemos hablar de aplicación de principios teóricos a la búsqueda de sentido, pues no hay

teoría que dé cuenta de ello” (p.3-4), la teoría en estas circunstancias sería un emergente más que un antecedente que orienta y conduce el camino, y a la que toda experiencia debe ajustarse:

La clínica no es un método que se aplica, como una rejilla o una plantilla a una situación. Así como se concibe en el paradigma constructivista, el método es un emergente, se va construyendo en el contexto de la relación entre los sujetos participantes en una situación (Jaramillo & Schnitter, 2004, p. 52)

Así mismo debe aclararse que la clínica no es propiedad de ningún profesional sino que, como dice Schnitter(2005),

La clínica no le pertenece a ninguna profesión en particular: una realidad relacional o vincular, sin importar cuantos vínculos haya comprendidos en ese contexto relacional, si son reales o representados o virtuales. Es una forma de razonar desde un lugar, que podríamos denominar ético, y por esto quiero decir una opción. Si no es una opción no puede ser ética y por lo tanto no sería clínica (p.2)

De igual forma la clínica psicológica no es médica, se articula en otro paradigma bien sea llamado fenomenológico o hermenéutico, en cuanto es conversación a partir de una experiencia de vida que se cruza en una matriz (Mitchell, 1993) desde la cual se comprenden los procesos que han ocurrido en dicha experiencia, los que siguen experimentándose y con la oportunidad de que emerjan nuevos sentidos. De esta manera la clínica psicológica es acción relacional, al respecto dice Schnitter (2005),

La clínica psicológica que proponemos debería superar estos pares, reemplazándolos por lecturas de organizaciones, las cuales se caracterizan en su propia dinámica siendo evaluables según sus procesos de auto-eco-organización, reflexividad y/o recursión, si el plano es complejo, por ejemplo-o estructuras disipativas, atractores caóticos, puntos de bifurcación, puntos de saturación...si el plano se acerca a la física” (p.53).

En este paradigma alternativo la intervención está del lado del razonamiento clínico que apuesta por “una actividad reflexiva de la conciencia. Se trata de una actitud, de un modo de la conciencia de cuestionar lo que previamente parecía evidente.”(Durán et al., 2007, p. 146) y en este caso dicho razonamiento va dirigido a la experiencia humana comprendida desde la clínica psicológica relacional.

Para este asunto es necesario precisar qué se entiende por razonamiento clínico de manera que se pueda dar un orden a las ideas que se desean expresar. El razonamiento clínico pretende re-pensar y re-definir lo que hasta el momento se ha entendido por “clínica” en psicología. La palabra clínica deriva del ámbito de la medicina, del griego *Kliniké*, que significa lecho; y *Klinein* que se refiere a inclinar, acostar, de esta manera la clínica se entiende como acompañar al enfermo en su lecho para asistirlo, y si es posible curarlo (Bedoya, 2006, p. 15). Esta ha sido la imagen que ha guiado el quehacer del psicólogo clínico contextualizado en la realidad de un enfermo que necesita curación y un médico que posee los conocimientos y la formación que lo validan para curar, además de que él se encuentra sano. Dicha imagen deja de lado otras dimensiones propias e igualmente importantes para comprender la dimensión del *páthos* humano, más aún, la dimensión del encuentro entre dos humanos: la relación, el encuentro y la realidad de la enfermedad en el médico.

En este contexto el razonamiento es entendido no en el sentido moderno de razón, que privilegia la representación a partir de la posibilidad que ella otorga de construir una imagen del mundo clara y precisa, determinando su estructura y función, ubicándose el sujeto en la base del conocimiento gracias a dicha representación, sino que es entendido como un ejercicio de pensamiento dirigido “a lo que da que pensar” (Heidegger, 2005, p. 16), aquello que nos inquieta, nos interesa, que abre un sentimiento de incertidumbre, duda, confusión y deseo, aquello que está tan cercano que al no pensarlo se vivencia como distante y desconocido.

Es así que el razonamiento como ejercicio de pensamiento está dirigido hacia unos datos particulares que en este caso son entendidos como,

Los datos que se razonan son los procesos de organización, procesos de desarrollo, de relaciones, de vínculos, como un sujeto se vincula (individuo, o grupo, o comunidad), se relaciona, qué lugar ocupa en sus relaciones, cómo se vincula con el mundo” (Schnitter citada en Trujillo Rodríguez, 2009, p. 33).

Se transforma la clínica en un ejercicio que privilegia entonces la singularidad del sujeto y además la singularidad del psicólogo, que establecen una matriz a partir de la cual se comprenden todos los sucesos que allí ocurren. Dicha matriz es única por cada diada terapéutica y no tiene posibilidad de reproducción en otro contexto. Es por lo tanto la clínica, más que un método preestablecido, un arte construido y desplegado en el encuentro de dos sujetos que particularizan dicho encuentro. De esta forma más que la aplicación rigurosa de leyes que permiten la verificación o falsación de una hipótesis, o la clasificación del sufrimiento es unas categorías diagnósticas preestablecidas, la clínica psicológica apuesta por un método emergente, relacional, como acción comunicativa y relacional. Como afirma Schnitter (2005) al referirse a la reinención de la clínica,

Cambia la relación, cambia la matriz. Sólo tenemos proceso, sólo tenemos de fijo un lugar desde donde partimos cada vez. Experiencia, si, pero para saber esto: cada razonamiento es inicio. Siempre hay camino, mientras nuestro lugar sea claro. Esto es lo que nos lleva a plantearnos por tanto, la elección, la formación, la escritura (p. 4).

De esta forma se establece una clínica psicológica que redefine la manera de acercarse a los datos “humanos” identificando aquellas dimensiones desconocidas y olvidadas por modelos que privilegian una lógica particular vislumbrados por los atrayentes conceptos de objetividad, verificabilidad, curación y estandarización, para subrayar dimensiones como relación, interpretación, lenguaje, mundo de la vida, incertidumbre e historia, además de que dicha clínica integra intervención e investigación evitando la escisión fruto de la

ciencia moderna, y plasmada en los ejercicios de investigación que al extraer información de los fenómenos para ser analizados y comprendidos, de entrada son descontextualizados.

5.3. Conceptos fundamentales de la psicología dinámica relacional

Alternativamente al paradigma clásico en psicoanálisis han surgido una variedad de propuestas teóricas que han modificado de manera sustancial, la forma como se entiende la organización psíquica y su consiguiente intervención. Desde sus primeras ideas, Freud se encontró con constantes disensiones al interior del movimiento psicoanalítico, lo que le llevó a una constante reelaboración de su teoría, que tendría marcados efectos en el futuro del psicoanálisis, ya que cada modificación cambiaba el mapa teórico esbozado hasta el momento, haciendo de él un área del conocimiento bastante plural y heterogénea.

Una de estas modificaciones es la que surge a partir de lo que Greenberg & Mitchell (2000) han llamado el paradigma relacional/estructural, que identifica “las relaciones con otros” como el punto en común en medio de la complejidad y diversidad. Dicha teoría prioriza las relaciones con los “otros” como el insumo central a partir del cual se organiza una estructura psíquica cohesionada, diferenciada e integrada. Este modelo se incorpora a las teorías sociales de la mente que la entienden como “un producto de la matriz cultural y lingüística” (Mitchell, 1993, p. 31) y por ende un emergente de un entramado de relaciones tanto internas como externas con otros, que componen todos los aspectos conscientes e inconscientes de la conducta y los afectos. Este cambio paradigmático para Mitchell (1993) se define como,

La mente, que se consideraba un conjunto de estructuras predeterminadas que surgían del interior de un organismo singular, ha recibido una nueva definición y ahora se cree que constituye modelos de transacciones y estructuras internas derivadas de un campo interactivo e interpersonal (p. 29).

Surge así un movimiento centrípeto hacia el que se dirigen muchas de las teorías que después de Freud se fragmentaron y aislaron en una dinámica sectaria, pero que al proponer

un psicoanálisis comparativo, se constata que son diferentes pinturas de un mismo paisaje (Greenberg & Mitchell, 2000). Este interés en las relaciones con los “otros” se va acrecentado a medida que las nuevas investigaciones en desarrollo y los nuevos avances teóricos en la lingüística, la antropología, la física entre otros, revelan la centralidad de su papel en la constitución, organización y continuidad de la estructura psíquica, e incluso de la estructura cerebral afirmando como lo dice Mitchell (1993) “las relaciones culturales no sólo son una consecuencia del mayor tamaño del cerebro, sino un factor importante para elegir el aumento del tamaño del cerebro” (p.29).

Es así como el modelo de las relaciones objetales intenta conectar teorías que han oscilado entre las relaciones internas y las relaciones interpersonales externas, “lo intrapsíquico o lo interpersonal; factores constitucionales o factores ambientales; psicología de una-persona versus psicología de dos-personas” (Aron, 2013, p. 28). Si bien existe un paisaje en común no se puede dejar de reconocer la complejidad de este enfoque ya que el concepto de relaciones objetales ha sido usado en contextos disímiles con diversas connotaciones, generando mucha ambigüedad y desconcierto al momento de definir las, pero donde también se puede aseverar que las relaciones con otros son el campo y las unidades básicas a partir de la cual se constituye la experiencia humana. Es por esto necesario aclarar lo que en la presente investigación se entiende como relaciones objetales.

Cuando se habla de relaciones objetales se refiere al desarrollo de estructuras psíquicas que surgen a partir de las primeras relaciones interpersonales que el infante sostiene con su ambiente primario. Como sostiene Horner (1984) “el término Relaciones Objetales se refiere a estructuras intrapsíquicas específicas, a un aspecto de la organización del Yo y no a las relaciones interpersonales” (p.3). Es así como el resultado del desarrollo es la organización de dos estructuras específicamente definidas, ellas son: sí-mismo y otro, en el contexto de un mundo de relaciones particular y del valor que se le otorga a ese mundo (Schnitter, 2005).

Dichas estructuras si bien son intrapsíquicas se manifiestan en las relaciones que se entablan con las personas reales en los distintos contextos en los que actúa cada sujeto,

determinando y matizando los encuentros, además de la manera como se desenvuelven. De esta forma el objeto que en el psicoanálisis clásico hacía referencia solo a “una elección objetual en relaciones libidinalmente investidas” (Horner, 2004, p.4), ahora pasa a jugar un papel central en la estructuración psíquica. Dice Horner (2004),

Lo que es nuevo es el cambio de foco y el énfasis con el cual el pensamiento relacional objetual se ha vuelto central, antes que periférico, en la comprensión y el tratamiento psicoanalíticamente orientado de la persona (p.4)

Dicha teoría enuncia además que estas dos estructuras atraviesan un proceso de cohesión, diferenciación e integración. Se parte de un desarrollo como lo propone Mahler (1977), desde una fase simbiótica hasta su culminación con el proceso de separación-individuación y la constancia objetual libidinal. A partir de las vivencias más primitivas del infante, éste comienza a organizar su mundo en patrones significativos que se entienden como,

Un patrón básico es el del sí-mismo – la representación del sí-mismo – en tanto que la otra es la representación del objeto-la representación objetual. El objeto se refiere a la persona (o personas) maternante primaria en el ambiente del bebé y del niño pequeño. Las relaciones dinámicas y estructurales entre las representaciones del sí-mismo y las representaciones del objeto constituyen lo que denominamos relaciones objetuales. (Horner, 2004, p.5)

Dichas estructuras presentan un desarrollo a lo largo de toda la vida, y variarán según el tipo de experiencia que se vaya adquiriendo en cada momento del desarrollo. De igual forma si se presentan circunstancias o acontecimientos traumáticos dichos patrones representacionales se organizaran de forma rígida y distorsionada en ciertos “aspectos del sentir, pensar y comportarse” (Horner, 1984, p.4). De esta forma la historia del desarrollo, la particularidad del mundo psicológico, el nivel de sus relaciones presentes y la relación que entabla con el terapeuta evidencian el tipo de relaciones objetuales internas.

Estas relaciones están vinculadas con la internalización de representaciones de objeto, es decir “hacer aquello que alguna vez fue externo, parte del sí-mismo” (Horner, 1984, p.5). Por lo tanto la calidad y cualidad de las relaciones primarias proveen como afirma Horner (1984), la matriz a partir de la cual se desarrollaran y desplegarán las demás funciones, tanto las autónomas del yo (Hartmann, 1987), como las maduracionales, permitiendo su desarrollo o su desviación: Por lo tanto, el desarrollo sano dependerá del establecimiento de una adecuada matriz que permita el libre desenvolvimiento y desempeño de las múltiples funciones de un infante.

De esta forma cuando se habla de psicología dinámica-relacional se hace referencia a aquella psicología que parte de las concepciones: evolutiva, intrapsíquica y representacional (Schnitter, 2004). En este contexto las estructuras psíquicas se conciben como representaciones internas que se constituyen en cada uno de los estadios principales del desarrollo (Horner, 1984), y permiten la integración de “subsistemas de pulsiones, deseos, afectos y habilidades motrices” (Horner, 1984, p. 11), que al inicio no están integradas y que a través de la matriz matnante se organizarán. Como afirma Horner (2004),

La persona matnante no media simplemente el proceso de organización y de la capacidad de relacionarse con la realidad; su imagen es de hecho parte de lo que se organiza. La internalización de su imagen en todos sus aspectos eventualmente da lugar a la representación objetal, que emerge con integración y diferenciación crecientes. Cuando por alguna razón esta internalización no ocurre, el niño fracasa en establecer la capacidad para relacionarse con el objeto (p. 15).

De esta manera el ambiente que rodea al infante, entendiendo éste no solo como las condiciones externas que lo rodean, sino también las personas que lo incluyen ya que ellas son, como dice Winnicott las que le presentan el mundo externo al infante, tendrán una función central en la estructuración del psiquismo humano, y donde a diferencia de la psicología del Yo que comprende las relaciones objetales como una función más del Yo, la psicología dinámica-relacional hará énfasis en que “todos los aspectos del funcionamiento

yoico se organizan al interior de la representación del si-mismo en el desarrollo sano y no pueden ser separadas de este” (A. Horner, 1984, p. 6).

Para el efecto de la presente investigación se tomarán los conceptos elaborados por Margaret Mahler, Althea Horner y Fairbairn.

5.3.1. Margaret Mahler

Proceso de separación – individuación

Mahler(1977) llama el proceso a partir del cual emerge un nuevo ser independiente y autónomo tanto psíquica como maduracionalmente: proceso de separación-individuación. Este parte de un acontecimiento distinto al nacimiento biológico, que como bien lo describe, es un acontecimiento “espectacular, observable y circunscripto” (Mahler, Pine, & Bergman, 1977, p. 13), mientras que la separación-individuación surge a partir del nacimiento psicológico en un proceso intrapsíquico de lento desarrollo.

El sentimiento de entidad e identidad es un proceso que se constituye en el tiempo y que requerirá de diversos factores para su desarrollo, entre ellos un “ambiente promedio esperable” (Hartmann, 1987), caracterizado por la constancia, estabilidad y empatía del cuidador primario y, en donde, a partir de una matriz indiferenciada, expresión utilizada por Hartmann (1987), el recién nacido podrá desplegar sus potencialidades tanto biológicas como psicológicas, desarrollándose el plan maduracional, que permitirá la emergencia de un nuevo ser completamente autónomo y singular.

Mahler (1975) denomina el nacimiento psicológico del infante humano como el proceso de separación-individuación

El establecimiento de un sentimiento de separación respecto de un mundo de realidad, y de una relación con él, particularmente con respecto a las experiencias del propio cuerpo y al principal representante del mundo tal como el infante lo experimenta, el objeto primario de amor (p.13).

Este proceso lo designa como un acontecimiento que transcurre a lo largo de todo el ciclo vital, influenciando cada momento del desarrollo a partir de los derivados de los procesos más primitivos. La separación se refiere a la emergencia del niño de una fusión simbiótica con la madre y la individuación a “los logros que jalonan la asunción por parte del niño de sus propias características individuales” (Mahler, 1977, p. 14). Estos dos carriles no son idénticos en la medida que cada uno de ellos puede asumir un tiempo, unas características y un desarrollo distinto, alternándose entre la demora o la precocidad, asumiendo caminos divergentes, facilitando o dificultando el desarrollo.

Autismo normal

Esta fase se caracteriza por la ausencia de catexia del mundo externo, y en donde se observa la barrera contra los estímulos. Estos estímulos deben superar el umbral del infante para afectar el estado “autístico” en el que se encuentra. Mahler (1977) afirma que en este momento predominan más los procesos fisiológicos por encima de los psicológicos. Este estado posee la particularidad de,

El infante parece hallarse en una situación de desorientación alucinatoria primitiva, en la cual la satisfacción de necesidades parece pertenecer a su propia órbita “incondicionada”, omnipotente y autística (p.54)

El logro más importante en este momento es el “equilibrio homeostático del organismo dentro del nuevo ambiente extrauterino, por mecanismos predominantemente somatopsíquicos” (Mahler, 1975, p.55). Para Hartmann (1987), el neonato posee unos mecanismos caracterizados por su autonomía primaria que se despliegan en un comienzo a partir de reglas de “organización cenestésica del sistema nervioso central” y que con el tiempo se irán organizando en sistemas perceptuales.

Simbiosis

La emergencia del nuevo ser para Mahler (1977) ocurre a partir de un estado de simbiosis con el cuidador primario, desde el cual el infante se protegerá de los estímulos

externos o internos que pueden tender a desorganizarlo, o de estímulos excesivos traumáticos de los que el infante no puede protegerse. Esta simbiosis es una metáfora que no pretende describir lo que ocurre en “una relación mutuamente beneficiosa” entre dos individuos distintos, sino “ese estado de indiferenciación, de fusión con la madre, en que el “yo” no está aún diferenciado del “no-yo” y en que lo interno y lo externo sólo están llegando en forma gradual a ser sentidos como diferentes” (p.57).

De esta manera la simbiosis más que una relación externa real, se transforma en una realidad intrapsíquica en el infante, más aún cuando él tiene una necesidad absoluta de la madre y ella una necesidad relativa del hijo, lo que la hace una relación disímil. Este estado intrapsíquico es descrito por Mahler (1977) como “la fusión somatopsíquica omnipotente, alucinatoria o delusiva, con la representación de la madre y, en particular, la delusión de que existe un límite común entre dos individuos físicamente separados” (p.57).

La simbiosis será un momento de sostenimiento en el sentido del Holding como lo llama Winnicott(1965), o como yo auxiliar (Hartmann, 1987), a través del cual el recién nacido irá organizando todas aquellas experiencias tanto placenteras como displacenteras, junto con la integración progresiva, de aquellas vivencias que al principio están no-integradas, además de que son vivencias, como afirma Mahler (1977), a partir de un yo corporal que con el paso del tiempo será un yo psíquico. A partir de éstas imágenes primitivas se constituirá luego la imagen del objeto de amor y la imagen del sí-mismo.

El sostenimiento que la madre provee, “una conducta de sostenimiento suficientemente buena” (Mahler, 1977, p.62), además de una palpable compatibilidad de las pautas de interacción entre la madre y el infante, en un moldeamiento adaptativo, son organizadores simbióticos que posibilitan más adelante el nacimiento psicológico.

Procesos de separación-individuación

Primera subfase: la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal

Desde el nacimiento el infante se enfrenta a un proceso de conciencia de separación a partir del cual inicia un proceso de demarcación y diferenciación entre su cuerpo y el cuerpo de la madre. Esta demarcación de límites lo establece la madre a partir de las diferentes pautas de cuidado, atención, y de protección que le prodiga al infante. Si bien al inicio de la simbiosis vivencia los cuidados como parte de su mundo simbiótico, poco a poco irá diferenciándose de esta relación, en la medida que la madre promueva los límites entre ella y él. Estos cuidados narcisizan la imagen corporal del infante (Mahler, 1977). El sentimiento de unidad promovido por el repetido contacto con la “calidez corporal de la madre” (Mahler, 1977, p. 66) también implica un pequeño grado de diferencia en aspectos como la temperatura, la textura, el olor y la elasticidad, esta diferencia se irá acentuando poco a poco en los esquemas del infante.

Esta creciente demarcación va estableciendo una diferencia entre el “yo” y el “otro”, posibilitando un progresivo alejamiento del cuidador. Junto con esto los sistemas perceptivos sensoriales están en constante maduración lo que facilita no solo la demarcación y diferenciación progresiva, sino también las nuevas experiencias que el infante hace de su cuerpo y de sus habilidades motoras en creciente expansión, llevándolo prontamente a la ruptura del cascarón y consiguientemente a la ejercitación (Mahler, 1977).

La ruptura del cascarón

La ruptura del cascarón está caracterizada por el aumento de los sistemas sensoriales y perceptuales en el infante, que le permiten un estado de alerta más prolongado. De esta manera el infante que en la etapa anterior dirigía su atención hacia adentro, o como lo llama Mahler (1977) “se enfocaba de una vaga manera cenestésica dentro de la órbita simbiótica” (p.66), ahora expande su actividad hacia fuera como resultado de la maduración perceptual. También ocurre una redirección de la atención del infante dirigida anteriormente solo a la madre, quien de manera constante se había convertido en el “yo auxiliar del niño” (Winnicott, 1965), para pasar a un aumento de la orientación hacia fines.

Para Mahler (1977) este es un cambio de grado más que de cualidad, además porque el niño “permanece por un tiempo más prolongado en estado de vigilia debido

también a un sensorio más permanentemente alerta” (p.67). Aproximadamente a los 6 meses se observa como el infante inicia acciones que evidencian los intentos de experimentar la separación-individuación. Esto,

Puede observarse en conductas del infante tales como tirar del cabello, las orejas o la nariz de la madre, poner comida en la boca de la madre y poder contemplarla mejor, para escudriñarla a ella y al ambiente. Esto contrasta con el simple amoldamiento a la madre que sostiene al niño (Mahler, 1977, p. 67).

Es una creciente pauta de verificación que le va permitiendo diferenciar lo conocido de lo desconocido, que es madre y que no lo es, que pertenece al cuerpo de ella y que no. Asimismo le proporciona la primitiva sensación de estar separado de ella.

Hay una creciente delimitación entre el “yo” y el “no-yo”, con la construcción de los límites corporales, a través de las reiteradas pautas de experimentación que utiliza el niño por medio de los distintos sistemas sensoriales en avanzado desarrollo como la vista y el tacto, que le permiten una exploración de aquellos objetos conocidos y no conocidos y la constante comparación entre su madre y los extraños, llevándolo a experimentar la “ansiedad ante los extraños” (Mahler, 1977) que da cuenta de la exclusividad del vínculo con su madre. De esta manera se establece progresivamente una ruptura con la situación anteriormente simbiótica y pasiva en la que estaba el infante, para iniciar con la ruptura del cascarón el proceso de separación-individuación.

Segunda subfase: ejercitación locomotriz.

Esta subfase se caracteriza al inicio por unos primeros intentos del infante de alejarse físicamente de la madre a través del gateo, haciendo pinitos, trepando y haciendo esfuerzos por ponerse de pie (Mahler, 1977). Luego continua con la “locomoción vertical libre” (Mahler, 1977) que le facultará para ensanchar su mundo interno y externo. Los procesos que posibilitan la creciente separación-individuación del infante son

La rápida diferenciación corporal de la madre; el establecimiento de un vínculo específico con ella; y el desarrollo y funcionamiento de los aparatos autónomos del yo en estrecha proximidad con la madre (Mahler, 1977, p.78)

Estos logros contribuyen a que el niño amplíe su interés hacia objetos distintos ubicados en el exterior, y que a partir de una constante exploración irán contribuyendo al aumento de experiencias, y por tanto a la organización de patrones cada vez más complejos y delimitados del mundo de los objetos y de sí-mismo. La exploración que realizar implica nuevas dimensiones como el gusto, textura, olor, ampliando así el rango de objetos conocidos.

Con la creciente maduración de las funciones locomotrices que le permitirán un gradual alejamiento de la madre y una mayor exploración del ambiente el infante va adquiriendo mayor independencia, menor vulnerabilidad, una capacidad de usar a la madre como fuente de satisfacción y seguridad en medio de su expansión del mundo, proporcionándole mayor confianza en sus nuevas habilidades y un creciente aumento de la exploración del exterior (Mahler, 1977).

El mundo del niño se amplía cada vez más, éste asume un rol más activo de sus propios recursos y una iniciativa frente a ese mundo que explora. En esta etapa la madre sigue siendo fundamental para él “aún es el centro del universo del niño, desde el cual éste va saliendo sólo gradualmente hacia círculos cada vez más amplios” (Mahler, 1977, p. 79). Ella se convierte en una “base segura” como la llama Bowlby (1996), desde la cual se establece el sentimiento de confianza, para la nueva experiencia de explorar un mundo nuevo y desconocido, que en muchas circunstancias será satisfactorio pero también proveerá de constantes y reiteradas frustraciones.

En este momento el infante experimenta “el gran investimientonarcisístico en sus propias funciones, su propio cuerpo y los objetos y objetivos de su realidad en expansión” (Mahler, 1977, p.84), además experimenta una impermeabilidad frente a las frustraciones y dificultades que irá encontrando en su proceso de expansión del mundo. Esta

impermeabilidad le posibilita una experiencia transitoria para compensar las constantes amenazas de pérdida de objeto que irán desarrollándose a lo largo de su proceso de separación-individuación (Mahler, 1977).

Uno de los mecanismos maduracionales que promueve la expansión es la locomoción vertical libre que le proporciona un aumento en los descubrimientos, el mundo y los distintos objetos, fortaleciendo dicho sentimiento de grandeza y omnipotencia, y que lo alejan cada vez más del mundo único, circunscripto y simbiótico de la madre. Ocurre un fenómeno particular y es la “bajada de tono” (Mahler, 1977), que indica la sensación de pérdida que el niño experimenta cuando se da cuenta que su madre no está. Dicha bajada de tono disminuye la exploración y el interés constante del niño en el ambiente y en los recursos que ha ido adquiriendo, evidenciando de ésta manera la constante pérdida objetiva que se está constituyendo en el interior psíquico del infante entre la representación del sí mismo y la del otro.

Tercera subfase: acercamiento

A partir de la locomoción libre el infante alcanza la experiencia de una entidad individual separada, con sus propios recursos y mecanismos psíquicos para enfrentar la separación de lo que en algún momento fue un estado de completud simbiótica (Mahler, 1977). En esta fase el infante es cada vez más independiente, y paralelamente en sus mecanismos psíquicos hay un gradual desarrollo de las facultades cognitivas y una creciente diferenciación emocional de su madre, pero alternativamente este nuevo desarrollo implica que la impermeabilidad disminuya y experimente frustración frente a la vulnerabilidad creciente. Según Mahler (1977) hay un aumento de la ansiedad de separación ya que el olvido momentáneo que experimentaba en la subfase de ejercitación disminuye, ahora pasa a aumentar al necesidad de la madre, que en esta circunstancia se relaciona con el temor a la pérdida del objeto. En este caso se observa en el infante,

Un interés aparentemente constante en determinar dónde está la madre, y por una conducta activa de acercamiento. A medida que se desarrolla la conciencia de

separación del deambulador, éste parece tener una necesidad mayor, un deseo de que la madre comparta con él todas sus nuevas habilidades y experiencias, así como una gran necesidad de amor objetal (Mahler, 1977, p.90-91).

En este momento el infante necesita de una actitud de disponibilidad emocional que le permita integrar poco a poco su ambivalencia, además de las distintas representaciones parciales del sí-mismo y del objeto en una imagen intrapsíquica diferenciada, integrada y cohesionada (Mahler, 1977). Las pautas de seguimiento a la madre y de huida evidencian su temor a ser reengolfado por ella, pero alterna con la experiencia de querer mantener su independencia y autonomía a través de la huida. En esta subfase,

Si bien la individuación procede muy rápidamente y el niño la ejerce hasta el límite, también se da cada vez más cuenta de su separación y emplea toda clase de mecanismos para resistir y contrarrestar su separación real de la madre” (Mahler, 1977, p.93).

Se empieza a establecer la comunicación verbal, junto con una creciente disminución de la empatía preverbal para alcanzar la satisfacción, lo que implica buscar otras estrategias de satisfacción, y además el deambulador se percata de que sus objetos de amor están separados de él y poseen unos intereses personales distintos a los propios (Mahler, 1977). “De esta manera irá abandonando la “delusión” de su propia grandeza, a través de difíciles luchas emocionales con la madre y el padre hasta, alcanzar una distancia óptima que le permita funcionar por sí mismo en presencia y ausencia de la madre” (Mahler, 1977, p.).

Cuarta subfase: consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional

En este momento del proceso de separación-individuación hay una estructura avanzada del yo, además de precursores del superyó con la internalización de exigencias parentales (Mahler, 1977). La constancia objetal emocional depende de “la gradual

internalización de una imagen constante positivamente catexiada de la madre” (Mahler, 1977, p.124). Esta imagen le permitirá al infante funcionar separado del cuidador, a pesar de latensión e incomodidad ante su ausencia física (Mahler, 1977).

Para la constancia objetal según Mahler (1975), es necesario la permanencia cognitiva del objeto en el sentido como lo entiende Piaget, pero junto a él todos los demás aspectos del desarrollo de la personalidad del niño. También compromete la integración del objeto “bueno” y “malo” en una representación total. Esta integración permite la fusión de impulsos agresivos y libidinales moderando la agresión por el objeto, de manera tal que al final el niño pueda mantener dicha imagen y pueda ser sustituida durante su ausencia física, “por una imagen interna confiable que se mantiene relativamente estable, cualquiera sea el estado de necesidad instintiva o de incomodidad interna” (Mahler, 1977, p. 125).

5.3.2. *Maltrato en la infancia*

La presente investigación comprenderá el maltrato en la infancia a partir de las construcciones teóricas del psicoanalista W. R. D. Fairbairn (2013).

Para Fairbairn (2013), la estructura endopsíquica básica está constituida por una serie de estructuras que se originan en una escisión que está a la base del desarrollo y que por lo tanto no posee las características psicopatológicas que le asigna Freud en la teoría clásica, con el concepto *Spaltung*, donde la identifica como una de las características del fetichismo y las psicosis, al hablar de escisión arguye Freud, “la coexistencia dentro del yo de dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior en cuanto ésta contraría una exigencia pulsional; una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra reniega la realidad en juego y la substituye por una producción del deseo”(Laplanche & Pontalis, 1971, p. 125); mientras que para Fairbairn (2013), la escisión es el primer paso para la constitución de la estructura psíquica, asignándole un significado de normalidad, a partir de la cual se comprende el posterior desarrollo mental y las vicisitudes de las relaciones de objeto.

La estructura psíquica se constituye a partir de lo que Fairbairn (2013) llama yo central, que a diferencia de Freud no tiene origen en el Ello ni depende de la energía que proviene de él, sino que “el yo central es considerado como una estructura primaria y dinámica, de la que, derivan las otras estructuras mentales” (Fairbairn, 2013, p. 370). Este yo central desde el inicio experimenta un proceso de escisión que está estrechamente relacionado con la internalización de los objetos primarios, y del control, rechazo, ataque o necesidad que se tenga sobre dichos objetos. La característica de la relación que poseerá cada parte del yo escindida con el objeto, dependerá del tipo de relación que es establezca entre el infante y su cuidador primario.

Uno de los elementos fundamentales en la teoría de Fairbairn (2013) es la afirmación de que la libido no busca el placer sino el objeto, la búsqueda del placer está relacionada con el fracaso de la libido por mantener una relación objetal, lo que le implica retrotraerse al principio de placer, estableciendo así que este principio está más relacionado con el desarrollo patológico de la libido ante el fracaso de entablar un vínculo, que con el desarrollo normal. De esta manera si la libido desde el inicio busca objetos, esto requiere también que el principio de realidad esté instaurado desde el nacimiento mismo ya que es allí donde el niño establece los objetos con los que se relaciona, dice Fairbairn (2013),

El principio de placer dejará de ser estimado como el principio fundamental de la conducta y pasará a ser considerado como un principio secundario de la conducta que incluye un empobrecimiento de las relaciones de objeto y que actúa en la proporción en que fracasa el principio de la realidad, ya sea por inmadurez de la estructura del yo o por un fracaso de su desarrollo (p. 353)

Fairbairn (2013), a partir del trabajo clínico con niños maltratados, da cuenta de por qué estos niños permanecen ligados a sus objetos maltratantes y probablemente como la libido busca objetos, en la adultez a dichas experiencias de maltrato; una de las formas utilizadas por él para explicar este fenómeno, a diferencia de los planteamientos de Freud que remite la reexperimentación de dichos acontecimientos traumáticos al concepto de compulsión a la repetición, Fairbairn (2013) señala que,

Freud señaló una solución en *Más Allá del Principio de Placer* (1920), es decir, cómo es que los neuróticos se adhieren con tanta constancia a las experiencias dolorosas. La dificultad de explicar este fenómeno en términos del principio de placer, fue lo que condujo a Freud a retornar al concepto de “compulsión a la repetición”. Empero, si consideramos que la libido busca primariamente al objeto, no es necesario recurrir a este medio. En un artículo reciente (Fairbairn 1943) intenté demostrar que la tendencia a adherirse a experiencias dolorosas puede explicarse en términos de relaciones con objetos malos. (p. 348)

De esta manera las diferentes experiencias de maltrato en sus variadas modalidades se comprenden desde las relaciones con objetos malos, que son el único vínculo que posee el infante, y por lo tanto como es su único vínculo, será a partir del cual comprenda y dirija sus futuras relaciones objetales. De esta forma la pulsión de muerte es reemplazada en Fairbairn, por las relaciones libidinosas con los objetos malos.

A partir de las relaciones agresivas y libidinosas que entabla el yo central del niño con su objeto inicia el proceso de internalización. Estas relaciones se van volviendo ambivalentes en el niño debido no solo a la satisfacción de sus necesidades sino también a la frustración que recibe. Dado que para el niño es difícil tener un objeto que es bueno y malo a la vez tramita esta situación dividiendo la figura de la madre en dos. Cuando ella lo satisface se convierte en el objeto bueno y cuando lo frustra en el malo. Esta situación genera impotencia, llevándolo a utilizar los medios que tiene a su disposición para controlarla. De igual forma, el niño se enfrenta a unas reiteradas experiencias caracterizadas por una fuerte inflexibilidad devenida en la realidad exterior, lo que hace lo lleva a “transferir el factor traumático de la situación al terreno de la realidad interior donde siente que las situaciones están más bajo su propio control” (p. 374). Esto implica que el niño internaliza a su madre como un objeto malo permitiéndole así su control.

De esta forma lo primero que se internaliza para Fairbairn (2013), no son los objetos buenos como afirmaba Klein (citada en RodríguezSutíl, 2003) que “permite que el yo del

niño se desarrolle de manera adecuada (p.159), con la correspondiente proyección de los objetos malos. Fairbairn (2013) afirma que,

Es difícil encontrar un motivo adecuado que justifique la internalización de objetos que son satisfactorios y buenos. Por tanto, constituirá un procedimiento insubstancial que el niño internalice el pecho de la madre con el que ya tuvo una perfecta relación en ausencia de tal internalización y cuya leche fue suficiente para satisfacer sus necesidades de incorporación (p. 357).

Lo primero que internaliza el niño son los objetos malos permitiéndole de esta manera un control intrapsíquico de lo que él no puede hacer en el mundo externo, debido a su fragilidad. Pero el problema del objeto malo internalizado “consiste en que continúa siendo malo después de haber sido internalizado, es decir, permanece siendo un objeto que no satisface” (Fairbairn, 2013, p. 374).

Secundariamente a la internalización de éste objeto, el yo central escinde una parte de él que se relaciona a través de un ligamen libidinoso con este objeto malo; esta parte del yo escindida es llamada por Fairbairn (2013) “saboteador interno”. El objeto que se relaciona con esta parte del Yo, y que Fairbairn (2013) llama “objeto rechazante” es reprimido por la parte del Yo central que continua ejerciendo control en la estructura psíquica, lo que implica que la parte del yo que se vinculó con dicho objeto también sufre la misma represión.

El objeto malo tiene dos particularidades: por una parte frustra y por otra atrae, “en realidad su verdadera “maldad” radica en que combina la atracción con la frustración” (Fairbairn, 2013, p. 375), de esta forma el niño se enfrenta a un dilema, que como bien lo presenta él, consiste en que el niño salte del sartén al fuego,

En sus esfuerzos por controlar al objeto que no satisface, ha introducido en la economía interna de su mente un objeto que no sólo continúa frustrando sus necesidades, sino que también continúa aguzándolas (Fairbairn, 2013, p. 375).

La estrategia posterior que utiliza el niño ante la doble realidad del objeto malo es dividirlo en dos: el objeto tentador o necesitado y el objeto frustrante. Cada uno de estos objetos se relacionan con una parte del Yo central escindida que establecen un ligamen libidinoso con dicho objeto. Fairbairn llama a estos dos Yoes escindidos: saboteador interno y Yo libidinoso. El primero se relaciona con el objeto frustrante y el segundo con el objeto necesitado o tentador. Así es como el niño posee en su psiquismo un objeto que sigue necesitando pero que paralelamente lo sigue frustrando.

Los dos Yoes subsidiarios son reprimidos de forma secundaria por el Yo central permitiéndole al niño un control intrapsíquico del objeto, que en la realidad él no puede controlar y que continúa manteniendo la frustración. De esta forma la escisión del Yo surge después que han sido internalizados los objetos, al respecto dice Fairbairn (2013),

Como consecuencia en el proceso de represión de estos objetos, el Yo desarrolla, por así decir, pseudopodios por medio de los cuáles continúa teniendo ligámenes libidinosos con los objetos que son reprimidos. El desarrollo de tales pseudopodios representa la fase inicial de la división del Yo. Cuando tiene lugar la represión de los objetos, la división del Yo se torna un hecho consumado. Los dos pseudopodios debido a sus relaciones con los objetos rechazados, son rechazados por la parte del Yo que continúa siendo central y comparten con sus objetos el destino de la represión (p. 375).

La represión entonces surge a partir del Yo, que desde el inicio está en relación con el principio de realidad, aunque de una manera inmadura, y dicha represión no está ejercida primariamente como afirmaba Freud hacia pulsiones dolorosas o malas, pulsión de muerte o contra recuerdos dolorosos en su primitiva postura teórica, sino, hacia “los objetos internalizados que han pasado a ser tratados como malos” (Fairbairn, 2013, p. 353). Como se dijo anteriormente dicha represión se ejerce también con los Yoes subsidiarios que pretenden establecer relaciones con estos objetos. De esta forma el Yo se reprime así mismo, y esto es posible debido a las pulsiones y a la energía que proviene de ellas y está a

disposición del Yo. Es así que lo que se reprime son estructuras, y la represión es originada por el Yo:

La disociación del Yo que se observa en la posición esquizoide se debe a la actuación de un cierto montante de agresión que continúa a disposición del Yo central. Esta agresión es la que provee la dinámica de la separación de los Yoes subsidiarios del Yo central (Fairbairn, , p. 371)

La escisión se convierte en una estrategia desde la cual se hace frente a las diversas características de los vínculos humanos, ya que, como lo dice Fairbairn (2013), ante la vulnerabilidad y la desvalidez del infante, este organiza y divide su psiquismo de manera que la forma de hacer frente a los conflictos y las experiencias traumáticas será intrapsíquica, ya que es allí donde él tiene el control. La escisión asume entonces un papel normal en el desarrollo, dejando de adquirir el carácter patológico que se le asigna en la posición esquizo-paranoide de Klein, caracterizada por una ansiedad de tipo persecutorio debido al constante interjuego entre amor y odio hacia el objeto, que inicialmente está dividido debido a la poca coherencia que posee el Yo en ese momento (Klein, 1959), junto con esto, para ella la posición central que marca el tránsito a la salud mental por el paso a la ambivalencia es la depresiva, mientras que para Fairbairn (2013) la estructura mental está basada en la posición esquizoide dejando de la do su connotación patológica.

A partir de esta estructura teórica de Fairbairn podemos comprender la situación de maltrato en los niños y las posibles vicisitudes de dicho maltrato. El vínculo de maltrato que establece un niño con su cuidador es internalizado a partir de su objeto malo, como bien lo dice Fairbairn, este objeto se liga a una parte del yo que también es reprimida con él. De esta manera el maltrato que el niño vivencia en su mundo exterior es trasladado a su mundo intrapsíquico ya que es allí donde él tiene el control de una realidad que lo desborda. El objeto internalizado y reprimido por el niño junto con la parte del Yo, continúan ejerciendo un control sobre su mundo psíquico. Lo que implica que el niño use varias alternativas para defenderse de dicho conflicto:

Primero puede sentirse culpable de lo que le está pasando, ya que, como bien lo dice Fairbairn (2013)

La culpa surge como una defensa adicional contra situaciones que implican objetos malos internalizados. De acuerdo con este punto de vista la culpa se origina en el principio de que al niño le resulta más tolerable considerarse condicionalmente (es decir, moralmente) malo, que considerar a sus padres condicionalmente (es decir, libidinosamente) malos(p. 85).

De igual forma dice Fairbairn (citado en Rodríguez Sutíl, 2003) “el niño delincuente al hacerse malo torna bueno a sus objetos, los padres, pues... es preferible ser condicionalmente bueno que condicionalmente malo, pero, cuando falta la bondad condicional, es preferible ser condicionalmente, que incondicionalmente malo” (p. 160), esto le permite al niño mayor esperanza y seguridad (Rodríguez Sutíl, 2003) en los vínculos humanos, así su realidad sea traumática.

Segundo, al internalizar los objetos y ligarlos a una parte del Yo el niño sigue aferrado a dichas experiencias de maltrato, es decir, reencuentra su objeto. Tercero, si la libido busca objetos, este es el objeto del niño, y su único vínculo. Es así que, si el maltrato se estructura intrapsíquicamente es una experiencia que “puede” acompañar la vida del infante, sus vínculos y su conducta. Pero como el desarrollo no es lineal o referido a la lógica causa efecto, es más conveniente hablar se habla de pronóstico y de posibilidad de relaciones adultas de maltrato.

6. Metodología

6.1.Aspectos generales

Esta investigación enfoca los problemas y las realidades junto con las respuestas que construye amparada en el paradigma constructivista, que piensa la realidad como “construcciones mentales múltiples intangibles, basadas social y experiencialmente, de naturaleza local y específica” (Guba & Lincoln, 2002, p. 128), realidades que no se presentan como absolutas o verdaderas, sino como más o menos “informadas y

sofisticadas”. De esta forma los emergentes de ésta investigación se presentan como construcciones que son generadas y refinadas a través del encuentro y la interacción entre el investigador y su objeto de estudio (Guba & Lincoln, 2002). Hace parte también de él un diseño cualitativo y por lo tanto emergente, donde la estructura se establece en la marcha, una marcha espiral, y una validación que acontece a través “del diálogo, la interacción y la vivencia” (Sandoval, 1996, p. 30). Son esenciales entonces en ésta investigación la reflexión, el diálogo, la construcción de sentido y la consolidación de conocimientos que permiten comprender un mundo experiencial particular.

El enfoque es fenomenológico-hermeneútico que presente la tríada sujeto, subjetividad y significación que remiten a la posibilidad de identificar aspectos de la interioridad y vivencia (Sandoval, 1996, p.31), entendida ésta como la experiencia que se tiene de algo, en donde dicha experiencia pertenece a la intimidad de cada sujeto, intimidad reconstruida en relación con el investigador, y puesta en escena en la intersubjetividad paciente-investigador. Con la fenomenología-hermenéutica como enfoque se dirige la mirada hacia “aquello que en las percepciones, sentimientos y acciones de los actores sociales aparece como pertinente y significativo” (Sandoval, 1996, p. 32). Y como se abordará seguidamente, al abordar el estudio de caso clínico como estrategia metodológica de investigación, hace que la fenomenología-hermenéutica se transforme en un enfoque “cuasi-clínico porque profundiza en la personalidad, integrando cuantos datos puedan ser recogidos” (Fermoso, 1988, p.127).

Y como el camino posee señales orientadoras que clarifican la ruta, se asume la estrategia metodológica del estudio de caso, precisado como único, intrínseco (Stake, 1999). Intrínseco en la medida que se privilegia lo particular, lo interno, el interés por la singularidad del fenómeno que se elige a estudiar, prescindiendo del interés por aclarar otros fenómenos o por representar otros casos. Estudiar un caso es estudiar ese “uno” que es de nuestro interés, en donde ese “uno” se presenta como “sistema específico, único, acotado” (Stake, 2013, p.158). Como todo estudio de caso se pretende ampliar la comprensión y la claridad sobre un tema o aspecto teórico de un fenómeno al abordarlo

intensivamente. En esta investigación el caso se delimitó a “adultos no maltratadores, con historia de maltrato en la infancia”.

6.2.Población

Los criterios para la selección de los casos fueron los siguientes:

1. Adultos, mayores de 30 años, con historia de maltrato en la infancia.
2. Adultos no maltratadores.
3. Mínimo un año de participar en proceso terapéutico.
4. Que la figura maltratante haga parte del núcleo primario familiar (Padre – Madre – Hermano).
5. Que el maltrato haya sido sistemático y prolongado por más de 10 años, con inicio en la infancia.
6. Se delimita el maltrato a: físico y verbal.
7. Se excluye el abuso sexual.

Los dos adultos incluidos en la investigación realizaron proceso terapéutico con el psicólogo de la presente investigación, por lo tanto fue una preselección de los casos que permitieron un interés en un fenómeno particular. En un primer momento los casos llegan por remisión de otros profesionales; durante el proceso terapéutico se identifican las condiciones para hacer parte de la investigación. En un segundo momento se les informa a los participantes sobre el interés del fenómeno a investigar, y se les permite discernir la posibilidad de participación en la investigación por 2 meses. En un tercer momento se firma el consentimiento informado y se realiza una presentación de la investigación y sus implicaciones éticas.

Las técnicas utilizadas para la investigación fueron la observación intensiva por parte del psicólogo clínico durante un año de proceso terapéutico de los 2 adultos, el análisis documental y la opinión de expertos que en este caso es la asesora de maestría en psicología clínica.

6.3.Las unidades documentales consistieron en:

Transcripción de 8 sesiones de consulta (por cada paciente) que poseen los siguientes códigos en el apartado descriptivo:

P1 Carolina

P2 Isabel

Notas de proceso (diario de campo) de las dos pacientes, elaboradas por el psicólogo durante un año con el código (estas notas de proceso son tomadas al final de cada sesión):

P3 Terapeuta

Guía de presentación de casos clínicos de Holbrook, adapt. Schnitter (2005), con el código:

P4 Terapeuta

6.4. Estrategias de análisis de información

El análisis se realizó con la propuesta metodológica de la teoría fundamentada propuesta de Strauss y Corbin (2002). Durante el proceso de análisis se identificarán primero los conceptos, descubriendo en los datos sus propiedades y dimensiones, lo que corresponde a la codificación abierta. Después se realizará la codificación axial en la que se relacionan las categorías a sus subcategorías, y por último, la codificación selectiva, en la cual se integra y refina la teoría. Se utilizó como instrumento para el análisis de los datos el software Atlas TI en la versión 8 del cual la Corporación Universitaria Minuto de Dios contó con licencia.

6.5. Consideraciones éticas

Para los lineamientos éticos de la presente investigación se tuvo en cuenta la resolución N. 008430 de 1993 donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

La presente investigación buscó todos los medios posibles para que prevalezca el criterio de respeto a la dignidad, protección de derechos y bienestar de la población participante.

Se protegió completamente la seguridad y se expresó claramente los riesgos de la investigación a los 2 adultos participantes.

Se firmó el consentimiento informado respectivo.

La investigación se realizó por un psicólogo en formación de Maestría en Clínica, con la supervisión de una psicóloga con amplia experiencia en psicología clínica e investigación, lo que permitió cuidar la integridad de los 2 adultos y el trato confidencial de la información, evitando de esta manera cualquier riesgo de daño a la población participante.

Se protegió la privacidad de los 2 adultos, cambiando los nombres, incluido el genograma, y apartes de la presentación de los casos donde podría identificarse fácilmente a la población. También se modificaron los lugares geográficos, y la profesión de los adultos de manera que se proteja su identidad.

Se les informó sobre los riesgos de la investigación, que en este caso quedaría referidos a la futura publicación de artículo científico.

Según la resolución N. 008430 de 1993 ésta fue una investigación de riesgo mínimo ya que los dos adultos no serán expuestos en el material que se presenta, y de igual forma los dos continuaron su proceso terapéutico aún con la presente investigación, ya que concluyeron la no interferencia de la investigación en su vida personal y en su proceso psicológico. De igual forma es de mínimo riesgo ya que los procedimientos no afectan la conducta de los participantes.

Durante el consentimiento informado se les expuso todos los pasos de la investigación, se hizo hincapié en el apartado de “presentación de los casos clínicos” ya que es allí donde aparece su historia personal, pero modificada, para finalmente, informar sobre una futura publicación. El consentimiento informado fue revisado por el tutor de la maestría, luego firmado por el psicólogo clínico y los 2 adultos.

También se les informó desde el inicio de la investigación el derecho a retirarse en el momento que lo consideren necesario sin que haya algún perjuicio en su proceso terapéutico o en su vida personal. El caso clínico tiene como núcleo la vida del paciente y su bienestar antes que la investigación propiamente dicha.

7. Presentación de los casos clínicos

7.1. Identificación de las pacientes

Carolina	Isabel
<p>Carolina tiene 30 años. Madre soltera, su hija tiene 10 años. Pertenece a una familia nuclear compuesta por 4 hijas, Carolina es la mayor.</p> <p>Actualmente vive con su madre, el padre y dos hermanas. El padre es pensionado y la madre tiene una microempresa.</p> <p>Se desempeña en un cargo administrativo en una empresa de la ciudad. Cursó una carrera profesional que le ha permitido ocupar puestos laborales que implican cierto status profesional. Es considerada una profesional de alto rendimiento por sus jefes. Carolina le dedica mucho tiempo asu vida laboral, y se esfuerza arduamente por realizar actividades que en muchas circunstancias ponen celosos a sus jefes, debido a, el buen desempeño en estas labores.</p> <p>Actualmente no tiene pareja. Se ha dedicado al cuidado de su hija, y a la relación con la</p>	<p>Isabel tiene 42 años. Pertenece a una familia nuclear, compuesta por 3 mujeres, Isabel es la mayor. Tiene un hijo de 18 años.</p> <p>Actualmente vive con su pareja, y el hijo. El padre del hijo no responde económicamente por él, pero tienen una relación de cercanía.</p> <p>Los dos padres de Isabel viven separados desde hace 4 años. El padre es pensionado y vive solo, la madre vive con una hija y el esposo de la hija.</p> <p>Isabel cursa una carrera profesional y actualmente se desempeña en dicha labor.</p> <p>Vive con su pareja desde hace 4 años, pero en este momento están pasando por una crisis en su relación, motivo por el cuál asiste a terapia psicológica. La relación con el hijo es bastante conflictiva, lo que ha llevado a que el hijo se vaya un año a vivir a la casa del padre para después regresar.</p> <p>Las relaciones de pareja (3 en total) han estado marcadas por el maltrato de parte de</p>

<p>madre y sus hermanas.</p> <p>Las relaciones de pareja que ha vivido han estado marcadas por la retirada que ella hace de dichas relaciones ante las contrariedades que se presentan, en especial las relacionadas con la aparición de una tercera persona en la vida de sus parejas.</p> <p>Llega a la consulta remitida por una colega.</p>	<p>las parejas hacia ella.</p> <p>Llega a consulta remitida por una amiga del psicólogo.</p>
---	--

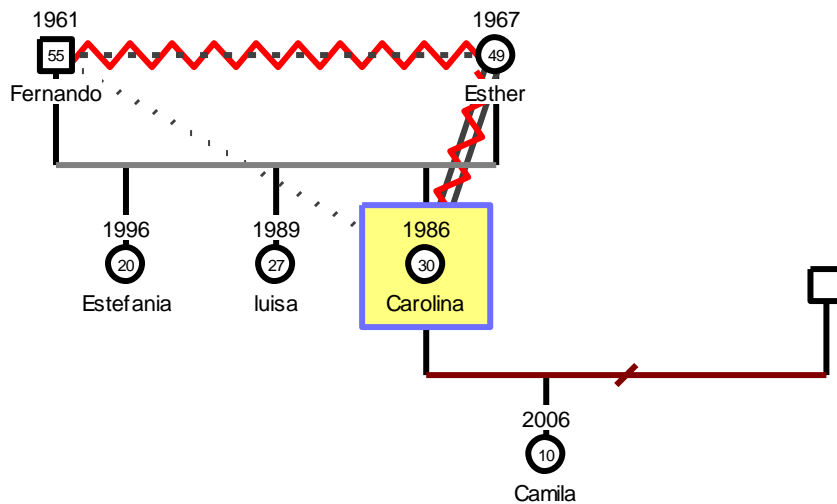
7.2.Motivo de consulta

Carolina	Isabel
<p>Carolina llega a consulta porque:</p> <p>“no soy capaz de entablar un diálogo con nadie. Siento que no soy capaz de hablar y conversar con las demás personas”.</p> <p>Carolina asiste a terapia psicológica debido a la dificultad para entablar una conversación con las demás personas.</p> <p>Afirma que es bastante retraída, se aísla en su hogar, no tiene amigos, su vida se desenvuelve entre el trabajo, la familia y su hija.</p> <p>De igual forma también dice que desea “no sentirme tan sola”, y para esto la solución que encuentra es una pareja, ya que actualmente ha roto la relación con su pareja. Afirmo que su sentimiento de soledad es bastante fuerte.</p> <p>Se siente con dificultades para socializar.</p> <p>Dice que se encierra en su casa y no acepta invitaciones de nadie ya que le da temor</p>	<p>Isabel llega a consulta porque:</p> <p>Tiene una relación de pareja muy difícil dice “la relación con Camilo es muy difícil, además se parece a Fernando (el padre)” dice, “yo he evitado siempre que se parezcan a Fernando pero todos se han terminado pareciendo a él”.</p> <p>Isabel quiere tratar de terminar la relación con su actual pareja, pero le ha sido muy difícil debido a que él no se quiere ir de la casa. Además informa que tiene cada vez más temor hacia él, porque siente que cada vez se vuelve más agresivo. De igual forma cuenta que se parece mucho al padre por lo agresivo. Desde la primera sesión habla de que todas sus parejas se parecen a su padre, y ella ha tratado de evitar eso a lo largo de su vida, pero no lo ha podido lograr.</p> <p>También narra en la primera sesión que se</p>

<p>porque “soy muy exigente”. Le da mucho temor el sostener una conversación con alguien, o hablar con alguien vuelve y repite constantemente porque no “soy capaz”. Desea estar más tranquila y sueña con casarse, irse de su casa, comprar su propia vivienda</p>	<p>siente muy triste, “deprimida”, poco motivada para trabajar.</p> <p>Otro aspecto que desea trabajar es la relación con el hijo ya que para ella, el hijo la trata muy mal, la grita, la ignora, y dice: “nunca me ha dicho nada por todo lo que he hecho por él”.</p>
---	---

7.3.Genograma

Carolina



<p>ella se equivocaba la madre la maltrataba. El maltrato fue durante toda su infancia hasta la adolescencia, y se intercalaba el maltrato físico y verbal.</p> <p>De igual manera carolina recuerda que durante su infancia no realizó actividades lúdicas o referidas al juego, si no que siempre estaba dedicada a los oficios de la casa.</p> <p>Su madre era una mujer que consumía frecuentemente alcohol, y que mantenía relaciones amorosas con jóvenes mucho menores que ella. Estas relaciones serán marcadamente públicas, y caracterizadas por los golpes que la madre recibía de parte de sus parejas. De igual manera Carolina vivía con el padre, pero este guardaba completo silencio, y no intervenía en los momentos de maltrato.</p> <p>Carolina siempre habla de una infancia dedicada a oficios de adultos, y de constantes golpes físicos y palabras agresivas por parte de su madre.</p>	<p>maltrato con el padre, siendo difícil identificar un acontecimiento distinto al maltrato, situación que ha sido uno de los focos de la terapia.</p> <p>En medio del maltrato Isabel realiza sus actividades de niña, siendo éstas placenteras cuando el padre no se encuentra en casa, convirtiéndose en una amenaza constante su “llegada a casa”.</p>
<p>Adolescencia</p> <p>Durante su adolescencia fue una muy buena estudiante, se dedicaba a sus tareas tanto familiares como académicas, ocupando los mejores lugares en el colegio.</p> <p>En esta época tuvo pocas relaciones de pareja, y tenía pocos amigos, ya que según ella “era poco sociable”.</p>	<p>Adolescencia</p> <p>Su adolescencia está marcada por las constantes fugas de Isabel de su casa, ya que su padre le impedía tener relaciones amorosas, lo que la llevaba a fugarse.</p> <p>Al final de su adolescencia se va definitivamente de su hogar ya que “necesitaba salir de ahí”.</p>

<p>Adulthood</p> <p>Carolina has a daughter at 20 years old. The relationship with the father of the daughter is negative, and they decide to separate. She is taking a pre-degree in a private university of the city. When she finishes this pre-degree she has been performing for a long time in an administrative position of high rank.</p> <p>Her life has passed only in her home, as according to her she does not have friends, for which she does not go to any social activity. Currently she has a partner who is constantly abandoning her.</p> <p>She is characterized by being a woman completely devoted to her family, to her daughter and to her work, outside of these three spheres there are no other spaces for her. In these three she performs with high levels of demand, which have allowed her to reach various economic and professional achievements.</p> <p>The relationship with her parents is characterized by: with the mother the abuse continues, as until the moment she is the one who controls all her credit cards, her money, her time and her daughter. The father is always on the margin of this relationship. Carolina continues cooking for her family and dedicated to her work and to her daughter.</p>	<p>Adulthood</p> <p>Adulthood is characterized by constant relationships with her partners. Isabel has had 4 partners, with the first one she had a son who currently is 21 years old. These relationships are characterized by physical and verbal abuse, including the son.</p> <p>Isabel tells how her partners “always end up abusing me”.</p> <p>She finishes her pre-degree studies and from then on she has taken care of her and of her son, not allowing her partners to help her economically. Isabel buys her house, and she has paid alone all the maintenance of her son because the father is not responsible for him.</p> <p>Isabel during her adulthood has always had the desire to be with a partner who does not abuse her, but she feels that until the moment this has not happened.</p>
---	--

7.5. Family History

Carolina	Isabel
-----------------	---------------

<p>Carolina pertenece a una familia nuclear, constituida por 3 hijas y los dos padres. Cuando se refiere a su familia alude al término de que sus papás siempre han vivido una “eterna adolescencia” desde que ella estaba pequeña hasta la actualidad, ya que sus conductas “infantiles” la han obligado a asumir las obligaciones que le correspondían a los padres. En la historia familiar se identifica una madre que consume constantemente alcohol, y que desde el nacimiento de Carolina, le delega las responsabilidades que ella no asume, cada vez que nace una de las hijas es Carolina la que se encarga de ellas, mientras la madre sale durante la semana a distintas celebraciones, recuerda que siempre llega en estado de ebriedad. Carolina recuerda como la mayoría de las noches es ella la que le abre la puerta a la madre y la lleva a su cama, “como si fuera mi hija”. Estas conductas continúan en la actualidad, donde la madre, con su edad adulta, siempre elige jóvenes de pareja, con los que continúa saliendo a diversas fiestas. El padre se caracterizó por estar ausente, “solo se encargaba de llevar dinero”, los recuerdos de Carolina son pocos con respecto al padre, dice que “siempre lo recuerdo ahí sentado, mirando por la ventana”; en ningún momento intervenía en las distintas</p>	<p>Isabel es la hija mayor de 4. Su familia siempre está concentrada alrededor del padre. La madre siempre fue “sumisa” hacia su esposo, en donde “cada vez que él llegaba a casa mi mamá corría con el jugo y nosotras detrás en fila, una con la ponchera, otra con la jarra de agua, otra con la toalla, para lavarle los pies. Él siempre nos tiraba agua en la cara”. Esta escena que narra la paciente evidencia la historia familiar, donde la madre se ubicaba en un lugar de sumisión y de “silencio” ante su esposo, que constantemente maltrataba a sus hijas física y verbalmente, y que era completamente intolerante ante cualquier acción de ellas. Isabel siempre recuerda a la madre llorando en silencio mientras el padre maltrataba a las hijas y lo único que pensaba mientras la madre miraba era “si ves, te está pegando porque le contestaste y fuiste grosera”, siempre sintió que la madre la miraba con reproche.</p> <p>La actitud de la madre siempre fue de sumisión, se dedicaba constantemente a su esposo, respondiendo a cualquiera de sus demandas inmediatamente. El padre de Isabel, recuerda, que siempre le fue infiel a la madre, en muchas ocasiones las otras mujeres iban a buscarlo a su hogar pero la actitud de la madre fue de silencio, y la respuesta del padre era maltratar a su esposa</p>
---	---

<p>discusiones y actitudes de maltrato de parte de la madre hacia sus hijas, en especial hacia Carolina que no le permitía que se equivocara o que descuidara alguno de sus oficios tanto en el hogar como en el colegio, el padre más “más fácil se desentendía” de lo que pasaba entre la madre y las hijas. Actualmente los dos padres viven en la misma casa pero separados. Las hermanas menores siempre han experimentado a Carolina como la persona que tiene el rol materno, ya que acuden siempre a ella en los diversas circunstancias de su vida. De igual manera todas las hijas viven con la madre y el padre, ya que la madre ejerce un control sobre ellas, hasta el presente es la que les maneja sus tarjetas de crédito y la que decide qué deben hacer las hijas con su dinero.</p>	<p>cada vez que tenía dificultades con una de sus relaciones extramatrimoniales.</p> <p>Isabel siempre narra que las hijas se divertían mucho cuando el padre no estaba, jugaban, estudiaban, pero “siempre estábamos atentas a su llegada y de hecho nos dábamos cuenta con el sonido de la moto que él estaba cerca, o incluso lo escuchábamos a varias de cuerdas de distancia”.</p> <p>Los padres actualmente están separados desde hace 4 años, ya que la madre empezó un estado depresivo, actualmente la madre está diagnosticada con “distimia” y consume droga psiquiátrica. Isabel narra que la madre desea volver con el padre, pero no lo ha hecho porque las hijas no se lo han permitido. El padre vive solo en una habitación. Las hijas están casadas, dos de ellas viven con esposos que las maltratan, Isabel se separa y otra hija es madre soltera.</p>
--	---

7.6.Descripción sintomática

Carolina	Isabel
<p>Carolina llega a la consulta con varios síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene conductas compulsivas: todas las noches debe barrer su habitación. Siente la necesidad de limpiar el 	<p>Isabel presenta síntomas depresivos. Se siente desmotivada para trabajar, todos los días llora, siente que su vida no tiene sentido, en algunas ocasiones ha tenido ideas suicidas.</p>

<p>piso.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. No tolera el desorden y la suciedad, debe limpiar constantemente su casa. Dice que barrer y limpiar son conductas que no puede dejar de realizar. 3. Tiene pensamientos obsesivos con la puntualidad y la responsabilidad, cuenta que “todo el día estoy pensando en lo que debo hacer, en los compromisos que debo cumplir, estoy anticipando todo”. 4. Carolina presenta una “rigurosidad” frente a las normas, o los diversos parámetros morales y sociales, cuando se sale de éstos parámetros o alguien no los cumple experimenta un estado de ansiedad. <p>Los síntomas de Carolina evidencia lo que el DSM IV nombra como Trastorno Obsesivo compulsivo (F42.8), ubicado dentro de los trastornos de ansiedad, caracterizado por:</p> <p>Obsesiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos * • Los pensamientos, impulsos o 	<p>El estado depresivo es continuo, cuenta que desde hace muchos años lo experimenta. Mientras más pasa el tiempo se siente más “triste y desmotivada”.</p> <p>La sintomatología de Isabel está relacionada con los trastornos del estado de ánimo indicados en el DSM IV. En este caso con la distimia - F34.1 (trastorno depresivo).</p> <p>Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.</p> <p>Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.</p> <p>B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida o aumento de apetito 2. Insomnio o hipersomnia 3. Falta de energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones 6. Sentimientos de desesperanza <p>C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los</p>
--	--

<p>imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos • La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento) <p>Compulsiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente • El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no 	<p>Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.</p> <p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.</p> <p>Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el</p>
---	--

están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos	<p>trastorno delirante.</p> <p>G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</p> <p>H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
--	---

4.7.Evolución de las sesiones

Carolina	Isabel
El proceso terapéutico de Carolina fue de 18 meses.	El proceso terapéutico de Isabel duró 14 meses.
<p>Durante los 6 primeros meses el trabajo terapéutico consistió en establecer una alianza terapéutica confiable y segura con Carolina. El establecimiento de esta alianza fue bastante compleja ya que Carolina cancelaba constantemente las sesiones, se accidentaba reiteradamente al ir al consultorio, en varias ocasiones se perdió. Evitaba frecuentemente cualquier intento de vinculación por parte del terapeuta, siempre respondía con una actitud de agresión. Una de las situaciones más complejas del inicio</p>	<p>Durante los primeros 4 meses el proceso terapéutico fue continuo, Isabel asiste puntual a la terapia, pero, una de las dificultades al inicio del tratamiento con Isabel es que su discurso solo tenía las palabras “Yo” y “Mí”, indicando que otro no estaba incluido en el discurso de Isabel, tampoco el terapeuta.</p> <p>La experiencia contratransferencial durante estos primeros 8 meses fue de completa exclusión, de soledad, el terapeuta experimentó durante estos 4 primeros meses</p>

<p>de la terapia fueron los silencios, Carolina no toleraba los silencios y los llenaba con palabras o me pedía que le hablara.</p> <p>Durante estos primeros meses la alianza terapéutica se veía amenazada por las distintas rupturas que Carolina introducía.</p> <p>A las 6 meses cuando la alianza se establece, Carolina suspende la terapia por 4 meses. Después de reiniciar a los 4 meses, Carolina habla sobre su dificultad para hablar con alguien porque siente que hablar es “tocar” a los demás y “yo no quiero tocar a nadie, ya que a mí me maltrataron tanto que no quiero tocar a nadie. Para mí el respeto y la moral hacia los demás son sagrados”.</p>	<p>aislamiento. La tarea durante estos primeros momentos del proceso terapéutico fue que la paciente permitiera establecer una relación con el terapeuta donde su discurso no fuera “solipsista”, o autorreferencial.</p> <p>Después de los 4 meses la paciente habla de sobre lo que significan para ellas las relaciones, afirma que “para mí una relación es dominio, y yo odio el dominio, odio que me dominen, mi papá nos dominaba siempre y mi mamá lo único que hacía era mirarnos y con esa mirada lo único que nos decía era, “si ve, es por su culpa quién la manda a ser grosera y a responderle a su papá” esto me llenaba de rabia y era más grosera y más le respondía a mi papá y más me pegaba, pero no me importaba. Cuando siento que alguien me quiere dominar, eso es como si me estuvieran matando y no lo permito”.</p>
<p>Un segundo momento del proceso terapéutico consistió en el abordaje de las experiencias de maltrato de Carolina. Poco a poco fue verbalizando sus experiencias frente al maltrato que recibió por parte de la madre.</p> <p>Este tipo de experiencias generaban fuerte sentimientos de agresión. En este momento la agresión comenzó a ser un elemento central del proceso terapéutico. Si bien</p>	<p>Un segundo momento del proceso terapéutico de Isabel consistió en tramitar la agresión hacia el padre. Durante los siguientes 9 meses siguientes Isabel expresaba su rabia hacia el padre. Las experiencias de maltrato que vivió con él, le impidieron identificar algún elemento positivo o bueno, que le permitiera integrar la agresión. La experiencia de agresión hacia el padre se prolongó durante varios</p>

<p>Carolina todavía se accidentaba en algunos momentos al ir al consultorio, pudo, hablar sobre la rabia que sentía hacia la madre por las constantes experiencias de maltrato recibidas de parte de ella. Fue un momento de una fuerte ambivalencia hacia la madre, ya que le era difícil amar a la madre que la maltrató, pero paralelamente se sentía muy culpable de odiar a la madre que ama. Esta ambivalencia se iba reduciendo a medida que Carolina tramitaba su odio hacia la madre.</p>	<p>meses siendo difícil encontrar un elemento en su historia que permitiera integrar dicha agresión.</p> <p>Durante un tiempo trabajamos en algún aspecto positivo del padre, que permitiera pasar a un momento de ambivalencia, y finalmente encontramos el jardín que el padre amaba. Isabel recordó que lo único que amaba su padre, era su jardín. Cuando se identificó el jardín del padre, Isabel empezó a hablar de “mi papá definitivamente tenía tantos problemas con las personas, y en especial con sus hijas, que lo único que amaba era su jardín. Amaba solo las flores y no sus hijas”. El reconocer un elemento positivo en el padre, hacia su jardín, le permitió integrar poco a poco esta relación.</p> <p>A medida que Isabel hablaba de su agresión, y de la intensa búsqueda por salvar un aspecto positivo de ésta relación, fue reduciéndose su estado depresivo.</p>
<p>A los 18 meses Carolina abandona el proceso terapéutico cuando empieza a introducir la figura del padre. Pero al abandonar el proceso terapéutico había dejado de barrer todos los días, no veía la necesidad de organizar y mantener excesivamente limpia su casa. Un día llega a consulta y dice “hoy no arreglé la casa, simplemente me quedé viendo televisión,</p>	<p>El tercer momento de la terapia de Isabel consistió en la reducción de su estado depresivo, contaba que había salido a varios pueblos del departamento “hacía como 15 años que no salía de la ciudad y estuve feliz, además de todo con el amigo que salí me invitó a todo, me pagó. Jamás me había pasado esto, y tampoco lo hubiera permitido antes, me sentí extraña, pero fue especial</p>

me levanté, hice el desayuno para mí y para mi hija, luego me organicé y salí para terapia. No sé por qué, pero me siento contenta. Que mi mamá organice la casa, llegaré a dormir y descansar”. De igual manera al abandonar la terapia había empezado los trámites para un préstamo de vivienda e irse a vivir sola con su hija.	que alguien te invite y se preocupe por ti”.
--	--

4.8. Conceptualización Diagnóstica

Se trabajará con el modelo de Horner (1982), quien plantea un esquema del mundo representacional para la comprensión de los procesos de la organización y estructuración de las representaciones del sí-mismo, la representación y la relación del sí mismo con los otros (génesis de la matriz relacional), basada en los estudios de Mahler (1974) y la representación del lugar y el valor del sujeto de relación, en el mundo (Horner 1982 , adapt. Schnitter 2001).



Figura 1. Mundo representacional

Fuente: Horner 1982 (adapt. Schnitter 2001)

Carolina	Isabel
<p>Carolina posee una organización psíquica neurótica, caracterizada por una fuerte ambivalencia fluctuante hacia los objetos. (crisis del reaceramiento, proceso de integración se ve perturbado)</p> <p>Posee un sí-mismo devaluado, que compensa con la exigencia hacia su presentación personal y el cuidado de sí, pero donde su presencia física bastante impecable y presentable no coincide con la representación devaluada que tiene de sí. (hacer comentario sobre su apariencia física diferente de su imagen personal: imagen inconsciente del cuerpo)</p> <p>De igual manera se expresa en las constantes dudas de ser importante y especial para alguien, evidenciando el conflicto de valor propiamente neurótico.(valor de si y valor de su lugar en el mundo)</p> <p>Así mismo posee conductas y pensamientos característicamente obsesivos y compulsivos, que le permiten un manejo de la agresión. Al no tolerar el desorden y la suciedad, y la conducta de la limpieza le permiten desalojar temporariamente de su organización psíquica la agresión que dirige hacía su mundo objetal.</p> <p>Las figuras de autoridad le generan inseguridad y mucha ansiedad, mostrando la</p>	<p>Frente a la dimensión del sí-mismo Isabel tiene una representación caracterizada por la devaluación que no le permite hacer frente al maltrato y a la agresión de su pareja y de su hijo. Esta agresión como no es exteriorizada, es puesta sobre sí misma lo que la lleva a experimentar constantes sentimientos depresivos. La agresión de Isabel está dirigida sobre sí misma.</p> <p>De igual manera la autosuficiencia le permiten no vincularse con ningún objeto, ya que son experimentados como dominadores.</p> <p>La dimensión del sí mismo-otros está caracterizada por defensa ante el dominio. Esto se evidencia en un discurso caracterizado por el monólogo donde la palabra “Yo” y “Mi” es la única que se pronuncia. La relación con los otros está caracterizada por la agresión, la defensa y el aislamiento.</p> <p>La dimensión del mundo se caracteriza por la dedicación completa a su vida laboral, y por la constante experiencia de soledad y tristeza.</p>

<p>devaluación que posee de sí misma, y la inseguridad.</p> <p>Posee un superyó agresivo, que se evidencia en las conductas de sobre exigencia sobre sí misma, manifestado en todas las dimensiones de la paciente: afectivas, familiares, laborales. Este superyó la protege de la angustia que experimenta ante la posibilidad de sobrepasar los límites que se ha impuesto sobre sí misma, y a la vez mantiene estos límites morales. De igual forma ante la madre tiene una representación infantil (relación infantil, diádica? Al menos en este aspecto), ya que la madre controla sus decisiones y su dinero, lo que le impide un proceso intrapsíquico de individuación.</p> <p>Posee una representación de autosuficiencia y autoeficacia, que la protege de las relaciones ya que son experimentadas por ella como peligrosas y dependientes.</p> <p>La dimensión del sí mismo-otros está caracterizada por la imposibilidad de relacionarse con los otros, debido que, las relaciones implican “tocar” al otro emocionalmente, por lo tanto a través de una formación reactiva de respeto y alta moralidad evita las relaciones, ya que en ellas transitan emociones entre ellas la agresión, que la paciente no se permite. Es por esto que no hay vínculos de amistad</p>	
--	--

<p>fuera de la familia, experimenta mucha soledad, además no permite ser “cuidada” por el otro, experimentándolo como indefensión. La imposibilidad que se ha impuesto de tocar al otro, la ha llevado al aislamiento, a la evasión de la agresión, y a experimentar un “vacío” entre ella y los demás.</p> <p>La dimensión del mundo está delimitada a la familia. Más aún cuando su relación con la madre es infantilizante, no permitiéndole tomar decisiones que le posibiliten acciones autónomas a través de las cuales la paciente pueda construir su mundo adulto propio diferenciado y separado de su mundo familiar. Su mundo se reduce a la habitación de su casa, y al “servicio” de su familia.</p>	
--	--

4.9. Diagnóstico de proceso

Carolina

Se observa en Carolina una ambivalencia polarizada en la relación con su madre, sin resolución post-edípica o de exclusión. Ésta ambivalencia fluctuante es mantenida por la agresión que está dirigida hacia ella, pero dicha agresión es contenida a través de conductas y pensamientos obsesivos compulsivos, que le permiten una tramitación temporaria de la agresión, sin que se manifieste en acciones agresivas o violentas hacia otros. De igual manera la formación reactiva puesta en valores morales y normas éticas de fuerte cumplimiento se instaura como una manera de contrarrestar el maltrato y los afectos agresivos relacionados con él.

Se identifica también infantilización en su relación con la madre, que mantiene un vínculo de dependencia con ella. Este vínculo entorpece el proceso de separación-individuación de Carolina, ya que algún indicio de separación e individuación posterior al reacercamiento, implica que la madre reaccione de nuevo con el maltrato y control, y por tanto Carolina con la dependencia y sumisión ante ella.

También se observa un fuerte control de la agresión, que le permite relaciones completamente *asépticas*, no emotivas ni expresivas, impidiendo de ésta manera los afectos negativos, que son inmediatamente aislados.

Isabel

Se observa en Isabel que la agresión está puesta sobre sí, lo que la lleva a constantes y prolongados estados depresivos, sentimientos de desesperanza y soledad. La ambivalencia está relacionada por ahora en la relación con el padre, ya que integrar la representaciones parciales del objeto, en objeto total, ha sido una tarea monumental, debido a la dificultad por identificar aspectos positivos de sus primeros vínculos objetales, lo que hace que predomine la defensa contra la agresión.

Su discurso es un monólogo que expresa su temor al dominio en las relaciones, dominio de la que estuvo presa toda su infancia y adolescencia y que hoy evita por medio de excluir al otro en su discurso. Su discurso es en primera persona del singular, no hay nosotros. La autosuficiencia de Isabel genera una paradoja: en cuanto se defiende de ser dominada, paralelamente siente que nadie puede amarla o cuidarla. Esta es una situación doble vincular, (ni contigo ni sin ti....) cuya intervención terapéutica consiste en una posición por fuera de esta polaridad.

Posee una fuerte hipervigilancia ante las posibilidades de volver a ser maltratada, lo que la hace muy sensible a la repetición de un nuevo maltrato, identificando figuras maltratadoras. Pero a la vez manteniendo relaciones con hombres que la dominan y la maltratan.

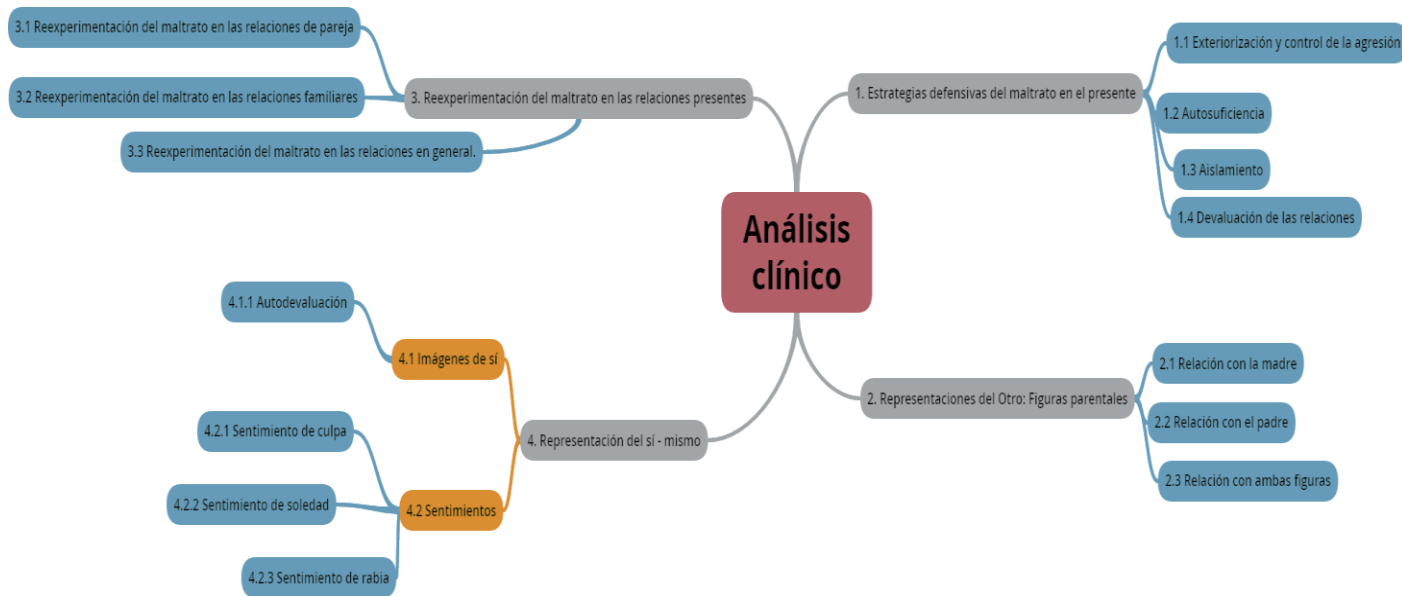
8. Resultados

A partir del análisis de los datos documentales emergieron dos categorías centrales: La primera está referida al análisis clínico de las dos pacientes (**mundo representacional**), y la segunda está relacionada con la intervención clínica (**proceso terapéutico**).

1. Categorías emergentes del **análisis clínico (mundo representacional)** con pacientes adultos no maltratadores, víctimas de maltrato en la infancia.

En este apartado se presentan las subcategorías, ilustradas así:

- A. Estrategias defensivas del maltrato en el presente.
- B. Representación del Otro: Figuras parentales.
- C. Reexperimentación del maltrato en las relaciones presentes.
- D. Representación del sí-mismo:
 - d.1 Imágenes de sí: Autodevaluación
 - d.2 Sentimientos: Culpa, soledad y rabia.

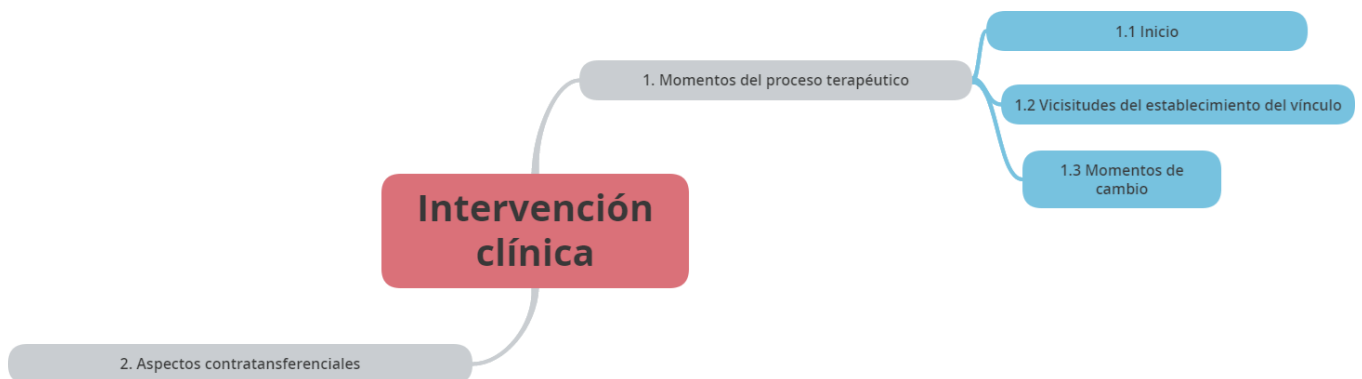


2. Categorías emergentes de la **intervención clínica** con pacientes adultos no maltratadores, víctimas de maltrato en la infancia.

En este apartado se presentan las subcategorías, ilustradas así:

A. Momentos del proceso terapéutico inicio, vicisitudes del establecimiento de vínculo, momentos de cambio.

B. Aspectos contratransferenciales en el trabajo con pacientes adultos no maltratadores, víctimas de maltrato infantil.



En este apartado se presentarán cada una de las subcategorías halladas en el presente ejercicio. Primero se presentarán los resultados descriptivos, apoyados en los testimonios de las pacientes identificados en los documentos utilizados para la presente investigación. Luego se presentará el apartado interpretativo de cada subcategoría.

8.1. Análisis clínico del mundo representacional

8.1.1. Estrategias defensivas del maltrato en el presente

Con esta subcategoría se hace referencia a las estrategias que utilizan las pacientes para hacer frente a la reexperimentación del maltrato en los diversos contextos donde se desenvuelven. Estas estrategias se entienden como mecanismos psíquicos y conductuales que posibilitan distanciarse o defenderse de situaciones donde reviven experiencias pasadas; los contextos más comunes son el hogar, el trabajo y las relaciones sociales. Se nombraron como estrategias defensivas ya que estas permiten eludir la reexperimentación del maltrato en situaciones presentes. Si bien son estrategias que producen resultados relacionados con la no activación de sentimientos o pensamientos traumáticos, van en detrimento de la experiencia personal y social presente, ya que al protegerlas, generan alternativamente consecuencias como el aislamiento, el silencio, la anulación y la invisibilización.

Se presentan como estrategias **psíquicas**, en la medida que son utilizadas por el sujeto en términos de mecanismos internos que mantienen la autorregulación emocional, que se ve amenazada con experiencias que reactualizan situaciones relacionadas con el maltrato. Son también **conductuales** en la medida que originan acciones que tienden a evitar escenarios y personas que se identifican como potenciales vivencias de maltrato. Estas estrategias indican en las dos pacientes presentadas en este estudio de caso, que son una respuesta a la historia de maltrato en la infancia. Es por lo tanto necesario aseverar que dichas estrategias pueden ser entendidas en otros contextos y como producto de otras experiencias, pero en éste caso, se entienden como defensas ante la reexperimentación del maltrato. De esta forma el aislamiento

podría entenderse como inhibición, pero en éste caso es una de las formas de evitar experiencias traumáticas.

8.1.1.1.Descripción de los Resultados

8.1.1.1.1. Exteriorización y control de la agresión

Exteriorización de la agresión

Una de las pacientes refirió constantemente en la consulta que en su relación con los demás sentía que no podía controlar los momentos de rabia, lo que produjo en reiteradas ocasiones **la exteriorización** de la misma de una forma impulsiva. En estas ocasiones la rabia se presentó como el momento culmen de constantes experiencias retraumatizantes que revivenciaban recuerdos y afectos no tramitados por ella. La exteriorización de la agresión se presentó como una de las formas para defenderse de lo que ella nombró “sentirse aplastada”. Surge la agresión como la puesta en escena de una emoción que en algún momento no se pudo visibilizar por la edad y las características del vínculo con los cuidadores en la infancia, entre los que se encuentra la dependencia de los padres. De esta forma se exterioriza lo que en algún momento se vivenció de forma pasiva:

“Yo, yo para defenderme que hecho, yo hablo, o sea, a veces que pena, hay veces que **se me salen unas palabrotas** que yo me desconozco, porque ser grosera no me sale, y cuando tengo mucha rabia, que siento que me están aplastando, me tengo que defender, yo soy otra y me transformo, de verdad que sí me transformo” (P 2, caso Isabel)

Por otro lado, la exteriorización de la agresión no ocurrió en todos los escenarios, sólo en aquellos que recuerdan el maltrato y con aquellas personas con las que se revivió en las relaciones presentes. Uno de estos escenarios está dado por las relaciones de pareja, dónde por la continuidad e intimidad del vínculo se ofrece como uno de los lugares para poner en escena situaciones que recuerdan experiencias pasadas. Una característica de éstas escenas de

rabia, es que para las pacientes son actos extremos e impulsivos, acompañados de expresiones agresivas e intolerables como la expresión “*no querido ya te dije que no quiero*”, pero que al ser dialogadas con el terapeuta, se presentan como límites comunes que ellas no se atrevieron a poner, y que, cuando los utilizaron, se sintieron extremadamente agresivas:

“Pero hay personas como por ejemplo con Felipe [esposo] que en ese momento yo, cualquier cosa que él me diga, en estos momentos con él **exploto de una, le digo cosas que se me salen así**, *no querido ya te dije que no quiero*, y le sigo diciendo cosas y soy como un tren que nadie para” (P 2 Caso Isabel)

La exteriorización de la rabia fue la puesta en escena de un sentimiento **reprimido, escindido o negado** durante muchos años, debido a la dependencia infantil de las figuras paternas de las cuáles, en éstos dos casos, provenía el maltrato. Fue la manera de responder a ciertas acciones y comportamientos de otras personas, que les recordaban escenas de sometimiento impotente y pasivo, que se exteriorizó en el presente con la agresión:

“Habla de que a ella no le gusta que la traten mal, o que los demás traten de apoderarse de ella, porque eso la pone furiosa. O, cuando siente que la están hiriendo no controla la rabia....porque ella no va a permitir eso, es así que mejor explota con mucha ira, y alude al no control de esta emoción” (P 6 Terapeuta)

Control de la agresión

En otras circunstancias las pacientes presentaron un mecanismo psíquico de control de la agresión donde predominó el **silencio**. Autocontrol que recuerda la imposibilidad de defenderse ante al maltrato en la infancia, ya que ésta experiencia al ser vivida en esta etapa del desarrollo, se caracterizó por una dominación que no se pudo detener ni impedir, sino que se vivió pasivamente. De esta forma el autocontrol referencia la **pasividad, la quietud, el silencio y la impotencia** ante un acontecimiento inevitable. Se puede afirmar que ante la agresión experimentada en situaciones traumáticas en el presente, sigue actuando un límite interno que no posibilita la exteriorización de la agresión:

“**El límite** que le pone a la rabia lo hace con todo. Las veces en que ha dejado salir la rabia dice que ha actuado muy mal, y se siente muy mal, y afirma que prefiere quedarse callada” (P 3 Terapeuta)

“Es como cuando una carro sale a la lata, que si yo digo, qué siento, yo siento que voy a explotar, hay momentos en los que **yo me controlo**, en ciertos lugares y con ciertas personas, por ejemplo si yo estoy en mi lugar de trabajo y algo me disgusta mucho, como ese es mi lugar de trabajo yo soy capaz de controlarme, pero me gustaría tanto insultarlos a todos cuando me dicen cosas que me hacen sentir mal...” (P 2 Isabel)

Por otro lado, el control de la rabia se presentó acompañado de un fuerte sentimiento de **culpa** ante la posibilidad de su exteriorización. Es un control debido a que muchas veces la rabia se relacionaba con la culpa, culpa de dañar al otro, de expresarle su rabia, pero donde éste objeto (persona) se presenta como el que maltrata. Una paradoja del objeto, se le protege, pero éste maltrata. De esta manera una de las expresiones más tajantes de una de la paciente con respecto al control de la rabia fue:

“La rabia no es buena...no debería existir” (P 3 Carolina)

Se presenta una paradoja en el control de la agresión. Por un lado está el maltrato constante recibido por parte de los demás, que conlleva un deseo de agredirlos, y por otro lado, la necesidad de respetarlos y protegerlos. De esta manera el control de la agresión se presentó en estos dos casos con una misma finalidad, el respeto por el otro, por su cuidado, su protección. Pero esta actitud al anular y excluir la posibilidad de expresar las propias emociones, incrementaron el círculo de la agresión y del respeto:

“Dice que siempre se calla la rabia porque debe **respetar al otro**, es un imperativo respetarlo. En reiteradas ocasiones refiere su obligación por no traspasar los límites con los demás” (P 3 Terapeuta).

“Para mí, **el respeto del otro** es un imperativo, es lo más importante en mi vida. Prefiero callar antes que enojarme, que agredir....eso no se debe hacer con nadie” (P 3

Carolina)

El control de la agresión presenta dos finalidades en las pacientes, por un lado la posibilidad de no agredir ni maltratar a los demás, un límite autoimpuesto debido a la experiencia infantil de maltrato, una manera **de transformación en lo contrario**: si yo fui maltratada, mi actitud con los demás debe ser contraria, de cuidado y de respeto. Por otro lado, el nivel de respeto está en relación con la experiencia de maltrato en la infancia, de esta forma, mientras más fuerte el maltrato, más radical será la experiencia de autocontrol y de respeto; Junto con esto, el control de la agresión se manifiesta como una manera de defenderse ante la posibilidad de vivenciar de nuevo el maltrato, ya que la exteriorización de la agresión recuerda aquello que ellas vivieron pasivamente con sus figuras parentales que no controlaron la agresión, y fue puesta de manera activa en ellas:

“Carolina vuelve y habla sobre no traspasar los límites, no tocar al otro, no agredirlo, no hacerlo sentir mal con la rabia. Dice que puede hacer mucho daño si se enoja. Luego dice que no puede entender cómo alguien puede hacerle tanto daño a un niño y luego reírse de lo que hizo. Narra esto refiriéndose a la madre, que en ocasiones se ha burlado del maltrato que le impuso a la paciente, y se ríe de estos acontecimientos, lo que pone muy enojada a la paciente, y la lleva a seguir afirmando que jamás haría lo que la madre hizo” (P 3 Terapeuta)

8.1.1.1.2. Autosuficiencia

Otra estrategia defensiva del maltrato en el presente es la autosuficiencia, que es entendida en este estudio de caso como la apropiación de tareas y actividades tanto en el ámbito laboral y familiar de una forma excesiva, la particularidad de que no se permite la ayuda de los demás. La complejidad de las situaciones cotidianas y las fuertes demandas laborales y familiares, las han asumido en completa soledad. La autosuficiencia se manifiesta como una evitación de las relaciones donde el *apoyo* esté presente. Desde que las relaciones fueron vivenciadas como maltratantes, el aceptar apoyo de alguien, significa estar bajo su control y dominio:

“Todo lo he hecho yo sola. Aprendí a ser mujer sola. A trabajar sola. Nadie me ha ayudado, uno tiene que hacer con lo que tiene sin ayuda de nadie, sólo con lo que uno tiene” (P 3 Carolina).

La autosuficiencia les ha permitido iniciar proyectos en soledad, con la finalidad de conseguir logros que no son acompañados por la asistencia de nadie, ya que esto, según las pacientes les suscita el sentimiento de *sentirse incapaz*. La autosuficiencia se evidencia en la mayor parte de dimensiones de su vida, manifestada en la real consecución de logros, y el alcance de metas que no son evadidas o suspendidas, pero sin avalar la presencia de los demás:

“Es más yo compré mi casa sola, ganándome, no sé, 400 o 500 mil pesos en ese tiempo, y a mí me decían, hay Isabel como te vas a meter en ese préstamo mirá vos lo que ganas. Cómo que lo que gano, ¿Que yo no soy capaz? yo si soy capaz, yo soy capaz, y pagué mi casa, y mientras pagué casa compré moto también, y pague la moto; como, ¿entonces qué va a hacer?, como póngase pues las pilas” (P 2 Isabel)

“Entonces ese capaz, y ese empuje es como eso, que yo he sido capaz de vivir y he sido capaz sola, y yo he sido capaz sola con mi hijo” (P 2 Isabel)

La autosuficiencia les permite la experiencia de logros alcanzados sin el respaldo de nadie, la satisfacción de que se es “*capaz*”, pero una capacidad donde el otro no puede entrar ya que su ayuda genera sentimientos de **nulidad y de dominio**. Esto muestra que las pacientes experimentan la ayuda del otro como devaluación o sometimiento, lo que las lleva a evitar su colaboración. En este caso la autosuficiencia se manifiesta como una reacción ante la experiencia de la pasividad y la incapacidad de la madre para defenderse del maltrato del esposo, y que la paciente vivenció como una manera de resolver la impotencia de éstas escenas. La paciente refiere su autosuficiencia como una forma de enmendar la inercia de la madre:

“La paciente empieza a hablar de la madre, que **ella no hacía nada**...en la familia

tampoco **nadie hace nada**, y las parejas tampoco, ella es la que hace....los demás no....y habla de que la mamá **no hacía, ni hace nada**...incluso hoy todavía se deja regañar del esposo aunque ya se separaron y no viven juntos....dice que ella aguantaba como una boba todo. Entonces la paciente relata cómo ella **ha hecho todosola**, debido a que nadie hacía nada frente al maltrato del padre y le tocaba a ella reaccionar” (P 6 Terapeuta)

Por otro lado, la autosuficiencia representa un doble vínculo. Por un lado está la experiencia de los logros alcanzados sin la ayuda de nadie, pero por otro hay un enfrentamiento a la soledad y al cansancio. La autosuficiencia impide la introducción del otro en los propios esfuerzos, ya que fue vivenciado como abandonante y maltratador. Pero paralelamente con la autosuficiencia se le expresa a los demás que no se necesita su ayuda, lo que se conflictúa luego, cuando realmente sí se necesita del otro. Es una paradoja de la autosuficiencia, como una forma de protegerse de la necesidad de la protección y ayuda del otro, pero a la vez cuando se necesita de él, se experimenta una fuerte soledad:

“Hablamos de que significaba para ella hacerlo todo.....y no pedir nunca ayuda...dice que la gente piensa que ella no necesita nada, a veces ni le preguntan cómo se encuentra. Relata que sus necesidades pasan indiferentes ante los demás” (P 6 Isabel)

La autosuficiencia está marcada por el **deber excesivo, el aumento de los quehaceres domésticos, y la entrega exhaustiva** al trabajo que recuerdan los roles adultos desempañados en la infancia, cuando se asumieron actividades no propias para niños:

“Siempre siento **un tengo qué hacer**, pero yo no tengo la culpa, porque desde pequeña **me tocó hacer muchas cosas**, debo lavar la ropa, cuidar mis hermanas, hacer la comida, y eran cosas, que no me gustaban mucho, pero debía hacerlas” (P 3 Carolina)

La autosuficiencia, que implica un aumento en las actividades tanto propias como en relación con los demás, se presentó como una estrategia de defensa ante el maltrato, ya que posibilitó remediar el daño experimentado en la infancia. Ante la ausencia de apoyo, en el

presente se excede en el mismo:

“Ella le dedica mucho tiempo a las demás personas, dice que **“ayudar”** es para ella muy importante, así tenga que renunciar a muchas cosas de ella. A una de las hermanas le ayuda con el arriendo de la casa, y sacrifica todas sus cosas para que a su hijo no le falta nada, actualmente está hipotecando la casa para que estudie” (P 7 Terapeuta)

8.1.1.1.3. Aislamiento

El aislamiento se constituye como una de las estrategias defensivas más utilizadas en este estudio de caso. El aislamiento **mental** y el **conductual** hacen parte de esta estrategia, ya que permiten evadir circunstancias o personas que se experimentan como potenciales escenarios de maltrato.

El aislamiento se manifiesta como un deseo de estar distante de los demás, como un refugio y un espacio protector de las relaciones humanas que son sentidas como dolorosas y peligrosas. Una de las pacientes encuentra el aislamiento como la mejor manera de protegerse ante posibles maltratos, así estos no sean reales. Siente la cercanía de los demás como un posible escenario de maltrato. De esta forma su aislamiento se evidencia como la búsqueda de un lugar seguro y confiable, lejos de los demás:

“Mi vida y mi experiencia con los demás ha sido tan dolorosa que ha sido mejor estar sola y valirme sola. No deseo estar con nadie” (P 3 Carolina)

“Una compañera me invitó a almorzar e inmediatamente le cerré la puerta o sea la oportunidad de comer con ella. No sé por qué siempre hago esto, cierro la puerta a las demás personas” (P 3 Carolina)

El aislamiento se presentó como una forma de eludir el contacto con los otros. Una de

las pacientes no tolera la cercanía de los demás, cierra inmediatamente la posibilidad del contacto a partir de gestos y conductas que lo excluyen y lo alejan:

“Hace días un compañero me buscó para conversar conmigo, pero yo soy muy seria y no lo dejé conversar conmigo, me hice la seria, y mejor me fui (llora)” (P 3 Carolina)

El aislamiento se convirtió en una de las pacientes en un **no-lugar**, debido a que, al eludir espacios y personas, terminó por no encontrar un lugar en su vida. En este caso una de las pacientes remite que el único lugar es un árbol del patio de su casa donde fuma todas las noches. Los espacios físicos son experimentados como peligrosos y amenazantes, las personas son sentidas como portadoras de dominación, maltrato y agresión. Es por este motivo que el aislamiento como lugar seguro, se transforma a la vez en un lugar que no permite habitar otros lugares:

“No sé por qué vine a terapia. Nunca he tenido espacios para mí, yo cerré todos los espacios que impliquen dedicarme a mí misma...el único lugar que he abierto es este espacio con el psicólogo, de hecho en mi casa, mi espacio es un árbol que hay en el solar, allí fumo todos los días y me siento bien” (P 3 Carolina)

El aislamiento no sólo es físico, también **es mental**, es un espacio mental en el que se siente seguridad y protección. Es la manera de protegerse de aquellas vivencias que fueron inevitables, y donde el mejor lugar que se encontró para protegerse es la mente, a través de la desconexión de lo que el otro está diciendo. Muchas veces para la paciente fue imposible evitar físicamente el maltrato del otro, lo que hizo que se recurriera a esta estrategia mental que le permitió la desconexión:

“Narra en la sesión como **se desconecta de los demás** cuando la están hiriendo o cuando la están alegando. Se refiere a una experiencia donde observa que el otro está hablando y alegando, pero ella no se da cuenta de lo que dice. Se refiere a su esposo, y a una discusión que tuvieron hace tres días en la habitación, donde él la agredía verbalmente, pero ella “se desconectó de él”. Afirma que es una de las cosas que suele hacer ya que le permite evitar escuchar lo que dicen los demás. Cuando ellos empiezan a maltratarle verbalmente, ella se “va”, y cuando menos piensa recuerda que

al lado hay alguien alegando” (P 6 Terapeuta)

Se aísla evitando las relaciones, callando, distanciándose de los demás, evitando espacios físicos no conocidos, buscar arduamente el hogar y defenderlo de cualquier intromisión, asumir acciones de rechazo y cancelar compromisos. Todo recuerda, que hubo maltrato en la infancia:

“No tiene muchas relaciones sociales, se encierra en su casa, no acepta ninguna invitación. Tiene miedo a salir. Ella siente que no puede salir, socializar, cada vez que alguien la invita busca alguna excusa para no asistir. En la sesión pasada, narra como un chico la invitó a salir y 3 horas antes le cancelo porque según ella, prefería quedarse en casa” (P 4 Terapeuta)

8.1.1.1.4. Devaluación de las relaciones

La devaluación de las relaciones se presenta como una estrategia que permite continuar con el patrón de aislamiento y autosuficiencia en la medida que, cuando se experimenta que el otro no es capaz, no es confiable, es dominador, la estrategia que le prosigue es aislarse y enfrentarse sola a las tareas de la vida sin la posibilidad de que el otro intervenga. Con la devaluación se continúa repitiendo un ciclo de maltrato, ya que las relaciones se presentan no confiables, y por lo tanto la continua devaluación permite la justificación del aislamiento. En este caso el otro es puesto en un lugar infantil, sin la posibilidad de concretar acciones reales que sean confiables:

“Los demás no son capaces, ellos no pueden solucionar nada, y lo peor de todo es que nunca concretizan. Yo siempre pienso que los demás son como niños, infantiles, se comportan mal, son inmaduros...” (P 3 Carolina)

El otro al ser devaluado justifica la conducta de **aislamiento y autosuficiencia**. Si el otro no puede, yo debo poder, si el otro es incapaz, yo soy capaz. La devaluación se presenta como una compensación de la dificultad para entablar relaciones entre pares, maduras y adultas, en un recíproco dar y recibir, que en este caso es experimentado como inviable

debido a las reiteradas experiencias de maltrato en la historia personal y que las pacientes recrean en el presente:

“Empieza a narrar las relaciones de pareja que ha tenido, y cuenta que ellos son infantiles, inmaduros. Afirma también que son incapaces de comprometerse. Se burla de su actual pareja por la actitud que tiene, en donde él no sabe que quiere. Luego afirma que es mejor estar sola y no comprometerse para evitar dificultades con gente inmadura” (P 7 Terapeuta)

Por otro lado, la devaluación del otro se convierte en estrategia para justificar el control que se hace de él. Es una relación activa de poder, que remite a las relaciones que se vivieron en la infancia donde las pacientes estuvieron en un lugar de pasividad ante el poder abusivo del otro. Una de las pacientes actúa activamente lo que vivió pasivamente, en este caso, con el manejo del dinero:

“Para mí la plata es una manera de contentar al otro que es tan infantil. Los demás se calman con cualquier cosa, y tener plata es una manera de calmarlos, es como darle cosas a los demás, y ahí mismo están bien. Por esto el dinero para mí es muy importante, es tener poder” (P 3 Carolina)

Devaluación de las relaciones, una lógica que transita el sometimiento en unos casos, y el control en otros. La devaluación que se hace de los demás otorga la posibilidad de someter. Se presenta una relación de amo esclavo, se ubica a uno de los participantes en el lugar del poseedor de un bien, y al otro en el lugar de la carencia y la falta. Esta lógica, en éste caso, manifiesta situaciones de maltrato en cuanto se presenta una fuerte dependencia de un otro que es poderoso y controlador, y de cuyo control no se puede desvincular. Las pacientes se ubican en algunas relaciones en el lugar de no poseer y otras relaciones en el de poseer:

“La paciente cuenta que la madre ha manejado siempre el dinero del padre, incluso hasta hace poco manejaba las tarjetas de crédito de todas las hijas. Cuando ellas han

querido salir de casa, la mamá se gasta el dinero que ellas tienen para evitar que se vayan. Incluso remite cómo el padre tiene que pedirle dinero a la esposa hasta para dar la limosna en la misa. Él es pensionado, pero ella siempre se ha encargado del dinero. Y en otras ocasiones es la paciente la que, a través del dinero, ejerce un fuerte dominio de su pareja” (P 3 Terapeuta)

8.1.1.2. Apartado interpretativo

Agresión, autosuficiencia, aislamiento, devaluación de las relaciones

En la teoría psicoanalítica la agresión ha sido un fenómeno primordial, llevando a los autores a preguntarse reiteradamente por su origen, desarrollo y efectos en la organización psíquica. Las posturas de éstos oscilan entre la pulsión de muerte entendida como un elemento primario, una tendencia de todo lo que posee vida a un estado inerte e inorgánico, que es la línea de comprensión que elabora Freud en *más allá del principio de placer* (Freud, 1982). Paralelamente a ésta postura están autores como Kernberg (1979) que integran el modelo freudiano con el modelo de las relaciones objetales. Este autor argumenta que la agresión es un fenómeno que cruza la pulsión de muerte, como monto de agresión innato, y la teoría de las relaciones objetales donde la agresión es activada por las frustraciones del medio. De igual manera otras teorías postulan que la agresión es resultado de la frustración del objeto sí-mismo del cual se esperaba espejamiento y la posibilidad de idealización, aspectos necesarios para un desarrollo sano de un self nuclear (Kohut, 1999).

En este estudio de caso se entiende la agresión como un afecto que transversaliza la relaciones objetales internas presentes en los pacientes. Como lo afirma Horner (1984), la representación de sí mismo y del objeto está articulada por un afecto específico que en el caso de las dos pacientes sería la agresión. Esta agresión devino por las constantes frustraciones y maltratos recibidos durante la infancia, más aún cuando las pacientes no tuvieron la oportunidad de defenderse ante dichas situaciones. Además por la etapa del desarrollo en que se vivió el maltrato, donde una de sus características principales es la dependencia de las

figuras parentales y la vulnerabilidad. Esta situación es la que llevó a que elaboraran estrategias dirigidas hacia la agresión como son: el control, la escisión o negación. Estos mecanismos fueron necesarios debido a que, al estar dirigida la agresión en la infancia hacia figuras que superaban la capacidad que el infante tiene de autonomía e independencia con relación al objeto significativo, y de poner límites, la mejor forma de tramitar su agresión fue a través de estrategias psíquicas como las anteriormente señaladas.

Como se observó en los procesos psicoterapéuticos de las pacientes de este estudio, la agresión se manifiesta de dos formas polarizadas y por tanto difíciles de integrar. La agresión no está anulada pero tampoco está integrada, teniendo fuertes consecuencias en la autorregulación. La agresión es activada en las relaciones presentes, en especial aquellas caracterizadas por la intimidad y la frecuencia en el tiempo como lo son las de familia y pareja. Para la teoría de las relaciones objetales la agresión se vuelve patológica “sólo cuando el medio circundante o el objeto significativo son inadecuados” en la infancia (Bleichmar, 1997, p. 221). De esta forma ocurren escenas donde las pacientes recrean escenarios pasados que reactivan la agresión. Esta reactivación en las dos pacientes se desenvuelve a partir del control, o de la exteriorización impulsiva. La agresión deja de ser una descarga de un impulso innato, para convertirse en un afecto que posee un significado en las relaciones (Bleichmar, 1997) que entablan las pacientes en sus contextos presentes.

De igual manera, la agresión en las pacientes es entendida como un fenómeno secundario, ya que se identifica como primario los fracasos que ocurrieron con la matriz sí-mismo/objeto durante la infancia, que las llevó a responder ante estos fracasos con una agresión patológica, en la medida que no logró integrarla en las representaciones del self. Al respecto afirma Kohut (1999), “el fracaso del medio constituido por el objeto-del-sí-mismo para satisfacer la necesidad que experimenta el niño de respuestas empáticas óptimas, y no máximas” (p. 90), es que lo está bajo la agresión experimentada en muchas circunstancias. Es así que las pacientes siguen reexperimentando la falta de empatía, comprensión y cercanía de los demás en los escenarios donde se desenvuelven, se repite en las relaciones objetales.

Una de las formas que poseen los niños para defenderse, según Horner(1984), de un ambiente perturbador es con la rabia, además de que ésta queda entrecortada en las funciones autónomas que el infante viene desarrollando, lo que llevará a una disminución de éstas o a una sobre valoración de las mismas. Al respecto dice Horner (1984) “esta es una adaptación en tanto que las funciones autónomas son entonces atrapadas en el conflicto, la agresión se fusiona con rabia y hay un fallo en desarrollar una esfera de funcionamiento libre de conflicto. La saludable agresión no está disponible para la competencia y el logro, y el desarrollo de la autoestima también es bloqueada.” (p.210). Lo que implica en varios casos que la agresión, que debe ser puesta al servicio de la separación e individuación, entorpezca el proceso de autonomía y los mecanismos necesarios para su sano desarrollo. Como bien lo afirman Winnicott y Mahler, la agresión está al servicio de la separación/individuación.

Se constata así como se afirmó en el planteamiento del problema, que la experiencia emocional es una de las dimensiones que presenta mayor patología en los adultos con historia de maltrato en la infancia,(Crempien & Martínez, 2010), (Kristensen, 2007), (McCrone et al., 2005), (Price et al., 2004), (Zerbe Enns et al., 1998), (Briere, 2002), (Chu, 1992), (Arnow, 2004), (Paivio & Nieuwenhuis, 2001), (Ventosa Villagra & López Navarro, 2007), (Sarasua et al., 2013), (Sarasua et al., 2013).

La autosuficiencia en las pacientes se presentó como una respuesta ante el fracaso materno, el abandono emocional o “una forma inapropiada e insensible de respuesta al comportamiento y la comunicación del niño” (Horner, 1984, p. 210). La experiencia de un objeto que maltrata, llevo en estas circunstancias a una autoconfianza creciente en “la propia maduración, aparatos autónomos, en lugar de la repentina madre no disponible” (Horner, 1984, p. 211). Es así como las pacientes ante las reiteradas experiencias de abandono, maltrato y frustración debieron confiar excesivamente en sus propios recursos psíquicos y físicos, propiciando así una autosuficiencia que no les permitió confiar saludablemente en los otros, ni tampoco permitieron su ayuda o aprobación. Aparece aquí otra polaridad que oscila entre la autosuficiencia y la dependencia. Esto es referido a las fallas en la integración que el niño no puede llevar a cabo porque la agresión proviene precisamente del objeto significativo.

Blanck y Blanck(citados en Horner, 1984), refieren ésta autosuficiencia como un desarrollo prematuro del Yo,

Como una falta en el desarrollo caracterizada por la pseudo-autonomía en la que parte del Yo sustituye a la pareja simbiótica", y en los que existe una " concomitante falta de catexia de objeto". (p.340). En esta situación el desapego se vuelve un aspecto esencial de la estructura del carácter(Horner, 1984, p. 211)

Una de las características de la autosuficiencia en las pacientes es que está ligada a la desconfianza, en cuanto no se permite depender con confianza de los demás, permitirse relaciones en un recíproco dar y recibir, en la posibilidad de ser amado y comprendido. En las circunstancias donde ellas necesitaron de la ayuda de los demás no permitieron su cooperación, a lo que respondieron con mayor autosuficiencia. La confianza básica en los demás no se permitió, ya que experimentaron que las relaciones son peligrosas, caracterizadas por el dominio y el maltrato, de esta manera su elección fue encapsularse en la autosuficiencia.

El aislamiento social se presenta como una estrategia que le permite defenderse de los escenarios que para las pacientes se convirtieron en posibles lugares de reactualización de escenas de maltrato. De esta manera surge una fuerte ambivalencia entre el deseo de querer estar con otros, incluso se concretan encuentros, pero ante la proximidad de los mismos, se buscan excusas para evitarlos. El deseo de socializar, de participar en un grupo social o de frecuentar amigos se limita a la fantasía, ya que cuando se presenta como real se escapa de su proximidad.

Este aislamiento puede entenderse como una fobia social o ansiedad social en la medida en que se evita el contacto con el otro. Surge una fuerte experiencia de ansiedad ante la proximidad de un encuentro con amigos o compañeros de trabajo. Para López-Palop (2011) la ansiedad social se entiende como "un temor persistente a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas, humillantes, o por el miedo a

sentirse evaluado por personas desconocidas” (p.1). Para esta autora, la ansiedad social es resultado en muchas ocasiones de la negligencia infantil, el maltrato y el abuso. Además hay una experiencia de los padres que hacen uso de la vergüenza y el maltrato como método de castigo, o también se percibió a los padres como rechazantes y poco afectuosos. De esta manera no se desarrolló una sana autoestima que posibilitara la seguridad suficiente o la confianza básica para entablar relaciones con otros.

Es importante también señalar, que para la teoría de las relaciones objetales, el objeto es el que permite el sano desarrollo de la autoestima (Horner, 1984). Es la adaptación de la madre, su “disponibilidad emocional continuada”, la participación de ella en los logros constantes de su hijo que permitirán “un rico despliegue de los procesos de pensamiento del deambulador, la prueba de realidad, y la conducta imitativa” (Mahler, Pine, & Bergman, 1975, p. 93), que luego el niño pondrá en juego en su espacio escolar entablando relaciones con los demás. De igual manera esta disponibilidad y constancia emocional de la madre, es lo que permitirán su internalización, logrando así la constancia objetal que a la vez es la que proveerá una valoración positiva de sí.

Como estas acciones de cuidado y presencia constantes y afectuosas fueron pocas, y prevaleció el maltrato, las pacientes recurrieron a distintas estrategias que les permitieron defenderse del maltrato. Aunque dichas estrategias les proporcionaban seguridad, paralelamente iban en detrimento de su autonomía, de los demás procesos sanos de socialización, desempeño profesional y afectivo.

8.1.2. Representaciones del Otro: Figuras parentales

8.1.2.1. Apartado Descriptivo

Esta subcategoría describe la experiencia de las pacientes con sus dos figuras parentales: la madre y el padre. Estas dos figuras en la presente investigación son los sujetos

de los que proviene el maltrato en la infancia: En un caso es la madre (Carolina), en el otro el padre (Isabel). La relación con ellos se constituyó a partir de dinámicas caracterizadas por la violencia y la agresión tanto física como verbal. Las palabras y los actos configuraron una forma de vínculo y un tipo de experiencia particular que se organizó en la vida de las pacientes y se manifestó en las conductas y experiencias que tuvieron de sí mismas y de los demás. De igual forma, se matizaron las relaciones presentes y la manera como ellas las entablaron y se desarrollaron. Esto no quiere decir que las experiencias infantiles marcan radicalmente la experiencia adulta lo que implicaría una mirada causal del desarrollo, pero sí, que la experiencia presente posee patrones vivenciados en etapas anteriores, pero singularizados en la experiencia de cada paciente. En estas circunstancias, tramitar el maltrato implica resolver las diversas experiencias con los cuidadores en la infancia, los lazos que se entablaron con ellos y las lealtades que siguen suscitando un tipo de experiencia particular en el presente.

8.1.2.1.1. Relación con la madre

La experiencia materna presenta una característica particular en las relaciones de las pacientes: en una de ellas oscila en el maltrato (Carolina), en la otra paciente en el abandono y la desprotección (Isabel). La madre para Winnicott es la que provee el holding (sostenimiento psíquico inicial), que permitirá la organización e integración psíquica del sí mismo. Pero en este caso es experimentada como una figura de desprotección que suscita fuertes sentimientos de rabia, dolor e impotencia. Esta desprotección de la madre no sólo es hacia los hijos, sino hacia ella misma, de ésta manera la paciente experimentó su propio maltrato y el maltrato del padre hacia la madre:

“Yo le decía a mi mamá muchas veces que porqué no nos separábamos de Luis; entonces ella me decía, nooooo, es que Isabel vamos a pensar que ustedes son 4 hijas, yo como voy a ser capaz con ustedes cuatro; y yo le decía, mami usted si es capaz, y yo era una niña, yo era una niña (llora), 8 o 10 años y yo le decía mami usted si es capaz, vámonos, (llora) y ella nunca quiso, ella nunca fue capaz (llora), todas

sufrimos igual que ella” (P 2 Isabel)

La experiencia materna en el caso de Isabel se presentó como frágil, sometida, silenciosa y dominada. Acata las órdenes sin presentar rechazo alguno, sin manifestar objeción. Es la figura de la madre desprotegida que a la vez no puede proteger. El constante silencio y la impotencia de ella generaban escenas de dominación. Había una particularidad, y es que la madre estaba tan asustada como las hijas:

“Expresa mucha rabia cuando empieza a hablar de lo que le tocó vivir con el papá...cuando él llegaba la mamá inmediatamente cambiaba, se asustaba...la mamá y las hijas hacían una fila: primero la mamá salía con un jugo, luego la paciente con la ponchera con agua, luego la hermana detrás con la toalla, luego la otra hermana con alguna otra cosa, en fila...el papá se les enojaba si se equivocaban; a la paciente le tiraba agua, lo hacía por mojarla. La madre se quedaba callada...” (P 6 Terapeuta)

Esta experiencia materna está atravesada por la rabia y la decepción en el presente, ya que se necesitó su ayuda y su protección, pero sólo se encontró silencio. La paciente esperaba de ella defensa ante al maltrato del padre, pero su indefensión manifestada en la incapacidad para proteger, construyó en ella un sentimiento de decepción hacia la madre:

“Pues yo diría que mi mamá aunque la ame y la quiera mucho me ha decepcionado mucho (llora)....Tengo esa decepción desde niña, porque yo decía que ella, pues nos defendiera, se le enfrentara a Luis y le dijera: no les pegue así o no les diga a sí, no las maltrate de esa manera. Yo sé que hay como una decepción, aunque ella fue muy buena mamá, que no sienta más esa decepción” (P 2 Isabel).

Por otro lado, la madre se presenta en la experiencia infantil de la paciente como aquella que excusa el maltrato del padre, su actitud lo naturaliza. La rabia se incrementa no solo porque se es maltratada, sino porque la excusa benefició al maltratador, y lo autorizó para continuar con el maltrato. El silencio en la madre y las constantes excusas, consintieron el maltrato:

“Dice que tiene mucha rabia por todo lo que Luis le hizo, y por todo lo que la mamá permitió...la mamá siempre lo excusaba, diciendo que era que estaba de mal genio...”(P 6 Terapeuta)

Por un lado la madre permitía el maltrato, y por otro el padre siguió asumiendo actitudes maltratadoras. Hubo ocasiones donde una de las pacientes se atrevió a asumir una actitud de defensa, pero lo único que encontró fue la mirada acusante e impotente de la madre y las conductas recrudescidas del padre. Se presenta entonces una experiencia ambivalente con los padres, por un lado el maltrato, por otro el silencio:

“En casa hablar no era permitido, y las veces que habló le pegaron muy duro, pero ella siempre mostraba dureza y el papá le pegaba más duro, y la mamá en el fondo diciéndole con la mirada “eso le pasa por hablar” (P 6 Terapeuta)

Pero en el caso de Carolina la madre era la que maltrataba. Ya no es el abandono o la debilidad de la madre. Ya es la dominación y la agresión de la madre. Lo que produjo más dolor en esta relación es que la madre no reconoció sus acciones, la única actitud fue la burla:

“¿Carolina, a usted la han maltratado? la paciente por primera vez en su terapia habla del maltrato de la madre cuando estaba pequeña. Si ella regaba la sopa, la madre le golpeaba la cabeza contra la mesa del comedor, o cogía cualquier cable y le pegaba hasta que sangrara, y habla de que a Isabel la hermana la levantaba a patadas....la paciente llora por primera vez en sesión...y dice que lo peor es que la madre hoy se ríe por esas cosas.....dice que ni siquiera reconoce que se equivocó.....sigue hablando de que la mandaban para todo y eso implicaba que ella dejara sus espacios y sus lugares....no jugaba, no disfrutaba de niña porque tenía muchas cosas por hacer porque la madre le imponía las tareas que le tocaban a ella”(P 3 Terapeuta)

De la madre se espera siempre contención, regulación y espejamiento. La capacidad de estar a solas se aprende gracias a que la madre está ahí, confiando, creyendo. Pero en el

caso de Carolina, estaba ahí, pero perturbaba, ya que la menor equivocación implicaba maltrato, su presencia aterraba:

“Recuerda que su mamá la trataba mal cuando no aprendía, o se burlaba de ella, y ella dice que no es posible que la gente cruce los límites y lo trate mal a uno y se rían por eso. Para ella era temeroso hacer tareas con la madre al lado, ya que en cualquier momento le golpeaba la cabeza en la mesa” (P 3 Terapeuta)

8.1.2.1.2. Relación con el padre

La relación con el padre en las pacientes osciló entre el maltrato sistemático por un lado (Isabel), y el abandono y la desprotección por otro (Carolina). De esta manera las pacientes se relacionaron con una figura masculina matizada por el enojo, por palabras fuertes y agresivas o por la distancia y el abandono.

La figura del padre en una de las pacientes estuvo marcada por la experiencia del enojo y la ira, que le hizo pensar que no era deseada para él. La paciente reiteró que su actitud hacia las hijas era de odio, y manifestó la sensación de que su padre quería que su existencia desapareciera:

“Para nosotras todo era un regaño, todo era a la brava, humillado, era un problema, un grito, un golpe. Es como si él no quisiera que las hijas existiéramos” (P 6 Isabel).

De otra figura de quién se esperó seguridad y apoyo como un tercero que promueve la exploración del mundo: el padre, se experimentó amenaza y maltrato. Es una experiencia que también marcó el sentimiento que se tiene de sí mismo y de los demás, ya que al ser igualmente una de las figuras primarias de apoyo, posibilitó el tipo de vínculo que se estableció en el presente:

“Una de las situaciones que más recuerda y que fueron constantes es el miedo de ella

hacia el padre, ya que él era muy agresivo. Maltrataba a todas las hijas, las insultaba; verbalmente fue muy duro con ellas y la madre. Cuando el padre llegaba todo cambiaba, porque debían lavarle las manos y los pies y llevarle comida. El padre les pegaba muy duro por situaciones completamente injustas”. (P 7 terapeuta)

Cuando la experiencia fue de maltrato sistemático, además de que, es un maltrato del que no se puede escapar debido a la relación y a la figura de la que éste proviene, una de las alternativas es esperar que a haya un tercero que le ponga final, que detenga la situación que hasta el momento nadie pudo frenar:

“Tengo mucha rabia con Luis, siento que lo odio, una vez lo amenazó el grupo armado del barrio y no lo hicieron ir porque él se les enfrentó...pero sabe una cosa, ojalá hubieran hecho ir a ese hijueputa, u ojalá lo hubieran matado” (P 6 Isabel).

La experiencia es tan traumática, que la sola sensación de la presencia del padre anticipa el maltrato. Las pacientes construyen mecanismos para anticipar lo que se ha convertido en algo inevitable y perturbador, una especie de radar sensitivo que las alerta ante su presencia, es por esto necesario buscar formas de protegerse, encontrar mecanismos para evitar lo que era inevitable:

“Cuándo él llegaba a la casa, yo lo sentía a 1 kilómetro de distancia. Sentía la moto que él tiene; y cuando estaba cerca, sentía la pulsera que todavía hoy tiene, le tenía mucho miedo (llora), todas corríamos a escondernos...” (P 7 Isabel).

Una de las pacientes expresa una frase lapidaria frente a la relación con el padre:

“Mi papá era un “rey” y nosotras, como esclavas” (P 6 Isabel).

Pero en el caso de Carolina, la figura del padre era de abandono, de olvido e indiferencia. Esto lo experimentaba en la imposibilidad de él para nombrarla, para asignarle un lugar y una identidad que se establece al pronunciar el nombre, ya que el nombre contiene

una identidad, pero en este caso el nombre no fue pronunciado, negando de ésta forma la identidad de hija y de mujer:

“Mi papá no se sabe el nombre de las 5 hijas, nunca nos ha llamado por el nombre. Siempre nos ha dicho, la hija menor y la hija mayor. A mí nunca me ha llamado por mi nombre, siempre me dice la hija mayor” (P 4 Carolina).

En la experiencia de maltrato de una de las pacientes hay una figura parental que está ausente física o emocionalmente, una figura que encubre y permite el maltrato, en este caso, el padre, su pasividad fue entendida como abandono:

“Mi papá fue pasivo toda la vida, ni se daría cuenta que mamá nos maltrataba....nos dejaba a merced de ella” (P 4 Carolina).

8.1.2.1.3. Relación con ambas figuras

La experiencia de maltrato está relacionada no sólo con cada una de las figuras parentales, sino también con ambas. Es la lógica de la relación entre los padres, su forma de estar juntos, su vínculo como pareja el que tendrá una implicación particular en el maltrato. De esta manera el maltrato puede identificarse como un fenómeno particular pero también como un sistema familiar:

“Dice que tiene mucha rabia por todo lo que Luisle hizo, y por todo lo que la mamá permitió...la mamá siempre lo excusaba, diciendo que era que estaba de mal genio, o no le había ido bien en el trabajo” (P 2Terapeuta)

Entre las figuras parentales existía una lógica de relación particular: una experiencia de pareja que indudablemente contribuyó al maltrato. En este caso (Isabel) el silencio de la madre y su vulnerabilidad promovía el maltrato; el padre era autorizado por el silencio de la madre, de ésta manera el vínculo de pareja se transformaba en un vínculo familiar:

“Siempre se quedaba callada y no decía nada, Luis me aplastaba, me insultaba y me maltrataba... siempre se hacía la boba y no decía nada frente a lo que nos hacía Luis yo no entendía por qué se quedaba callada, aguante y aguante” (P 6 Isabel)

La relación de pareja constituyó un sistema familiar particular en la medida que los hijos estaban en el centro de la relación de pareja. En esta relación uno de los cónyuges asume el lugar de víctima y el otro de victimario; por lo tanto cuando los hijos vivencia maltrato en el hogar, experimentan no solo los roles de los padres como pareja, sino que, ellos al ser parte de éste sistema empiezan a incluirse dentro de la lógica de maltrato parental:

“En casa hablar no era permitido, y las veces que habló le pegaron muy duro, pero ella siempre mostraba dureza y el papá le pegaba más duro, y la mamá en el fondo observando el maltrato y diciéndole con la mirada “eso le pasa por hablar” (P 6 Terapeuta).

Existieron experiencias de ambos padres, matizadas por la relación que se entabló con ellos y por las constantes acciones y verbalizaciones que los caracterizaban en la relación con sus hijos, de esta manera la paciente indica la manera cómo cada uno de ellos estuvo presente en su historia de maltrato:

“No sé por qué me tocó una mamá así, nunca me brindó cariño, no se preocupó, me impuso tareas desde chiquita, me tocó encargarme de la casa y de mis hermanas, y fuera de eso mi papá me llamaba “la muchacha mayor” y no la hija, desde chiquita me hizo asumir las normas del hogar y la responsabilidad. Él no hacía nada, me tocaba asumir la casa”(P 4 Carolina)

8.1.2.2. Apartado interpretativo

Relación con la madre y el padre

Uno de los consensos de mayor aprobación en la comunidad científica es el que se dirige a aceptar la importancia del ambiente primario de cuidado, para el sano desarrollo de mecanismos maduracionales y psicológicos en el infante humano. Este ambiente es el que provee al infante de las condiciones necesarias para su organización psíquica y para el desarrollo de mecanismos, que necesitará en su funcionamiento independiente (Mahler et al., 1975).

La organización psíquica es un acontecimiento que ocurre en un ambiente promedio esperable (Hartmann, 1987), que posibilita el amplio despliegue de la esfera libre de conflictos en el bebé. Desde los reflejos que serán los que permitan la consolidación de esquemas (Delval, 2004), la representación del cuerpo (A. Horner, 1984), hasta el sentido de agencia, la cohesión física, el sentido de continuidad, el sentido de la afectividad, el sentido de crear organización y de transmitir significado (Stern, 2003). Estas dimensiones, que se organizan al interior de los cuidados maternos, proporcionarán una experiencia de sí basada en la confianza básica, y en la futura capacidad de amar y trabajar (Freud, 1982).

A partir de lo anterior se subraya la importancia de la persona maternante primaria ya que a partir de ella, como afirma Horner (1984):

El cuerpo, impulso, sentimiento, acción y eventualmente el pensamiento llegan a estar organizados como parte del self e integrados no sólo con cada otro, sino también con la realidad externa de la cual ella es representante. Ella es un puente entre el mundo interno de experiencia del niño y el mundo externo de la realidad. La persona maternante no sólo media este proceso de organización y de relación con la realidad, sino que su imagen es parte de lo que es organizado y es, de igual manera, la base para el desarrollo de las relaciones objetales (p. 305).

De igual manera, el cuidador primario permite la organización de los diversos aspectos del sí mismo y del objeto, que serán puestos en escena en las relaciones interpersonales. Es así como la presente investigación identificó cómo las figuras parentales

en ambas pacientes, presentan unas características particulares que tuvieron un fuerte influjo en las representaciones objetalesinternas de las pacientes, matizando su organización psíquica, y los procesos que ella conlleva.

La madre, en el caso de Carolina se identifica como la figura que maltrata y hacia la cual la paciente dirigió una fuerte ambivalencia. Por un lado presenta un vínculo de apego y de amor, por otro, presenta fuertes sentimientos de rabia e impotencia, más aún cuando en reiteradas ocasiones la madre se mofó del maltrato que profirió a la paciente en la infancia. El vínculo que se entabló con la figura maternante primaria será un vínculo que el infante proteja, sin importar sus características. Más aún cuando de él dependieron “la satisfacción de necesidades primitivas en la infancia y durante las etapas tempranas de la maduración” (A. Horner, 1984, p. 305).El vínculo con esta figura es el representante de las relaciones humanas posteriores, sin lugar a duda a partir de él, dependen las relaciones que se entablen con el mundo exterior (A. Horner, 1984).

La protección que los niños hacen de sus figuras primarias sin importar las características del vínculo es entendida por Fairbairn(2013), como la manera de preservar su primer y único vínculo. De esta forma ellos permanecen ligados a sus objetos, así estos sean maltratantes o frustradores. Apartir de él se construyen los significados sobre sí mismo y se organizan los patrones psíquicos, ya que las reiteradas experiencias con el objeto serán internalizadas; Se vuelve intrapsíquico lo que algún momento fue real. Esta experiencia con el objetomarcará una fuerte tendencia a entablar futuras relaciones matizadas por la particularidad de este primer vínculo.

La fuerte ambivalencia de las pacientes frente a sus figuras parentales evidencia lo que Fairbairn (2013) describió como la escisión del Yo, que deviene por la escisión que se hace del objeto. Se presenta una parte del Yo ligada a un objeto parcial que le corresponde en representación y afecto. De ésta forma, la parte del Yo que está ligada con el objeto malo es escindida y para Fairbairn (2013), esta estructura escindida es internalizada porque en su mente es donde el niño tiene un control de lo que en la realidad no puede controlar. Lo queinternaliza el niño es el objeto malo (objeto frustrante) con la parte escindida del Yo (Yo

antilibidinal) correspondiente.

Las pacientes al presentar una fuerte ambivalencia con sus figuras maternas evidencian, como se mencionó anteriormente, una escisión del Yo y del objeto en la medida en que, en algunos momentos hay una fuerte tendencia a la protección y al afecto de la madre como una forma de salvar el vínculo. Y por otro lado, se evidencia un fuerte sentimiento de agresión hacia el mismo objeto, la madre. Esta agresión en el caso de Carolina es negada, ya que pone en peligro la relación con su madre. De esta manera se buscan mecanismos para salvar la relación que en este caso es el sentimiento de culpa, donde la paciente se hace responsable de la agresión que dirige contra el objeto. Presenta entonces una fuerte dificultad para diferenciar entre su propia responsabilidad en el maltrato y la responsabilidad de la figura materna.

Así mismo el sentimiento de culpa experimentado por la paciente ante la agresión hacia el objeto, la teoriza Fairbairn(2013) como,

La culpa surge como una defensa adicional contra situaciones que implican objetos malos internalizados. De acuerdo con este punto de vista la culpa se origina en el principio de que al niño le resulta más tolerable considerarse condicionalmente (es decir, moralmente) malo, que considerar a sus padres condicionalmente (es decir, libidinosamente) malos(p. 83).

De esta forma cuando las pacientes han sentido rabia hacia sus figuras parentales, han experimentado una fuerte culpabilidad como forma de salvar el vínculo de su propia agresión. Continúa en ellas un ciclo de maltrato: Por un lado las figuras parentales maltratan, a Generando fuertes sentimientos de agresión. Pero dicha agresión es negada o escindida lo que impide la defensa, y si es puesta en escena, se presenta un fuerte sentimiento de culpabilidad. Como afirma Fairbairn(citado en Rodríguez Sutil, 2003), el niño debe buscar una estrategia para salvar a sus objetos malos y es convirtiéndolos en buenos. Se transforma él en culpable, ya que esto le permite seguridad y esperanza en los vínculos humanos.

Se evidenció entonces una tendencia de las pacientes a salvar el vínculo con sus figuras parentales en los momentos en que experimentaron sentimientos de culpa. Además de esto, como enuncia Fairbairn(2013) el niño al internalizar los objetos y ligarlos a una parte del Yo sigue aferrado a dichas experiencias de maltrato, es decir, reencuentra su objeto. En la experiencia de las pacientes se continuó con el vínculo de maltrato establecido con sus padres, ampliado a otros contextos, lo que evidenció un fuerte vínculo con éstas experiencias. En el presente la madre de Carolina continuó con las escenas de maltrato al querer controlar su dinero, al invadir sus espacios físicos, al ubicarla en el lugar del “servicio” del hogar y al hacerla responsable del aseo y el orden, entre otras cosas.

En el caso de Isabel la madre continuó presentando actitudes de inferioridad y desvalimiento ante el esposo, que la llevaron a presentar un cuadro de depresión grave y consumo de medicamentos psiquiátricos. Isabel continuó reexperimentando el maltrato del padre en la edad adulta, más aún en ocasiones en que ella trató de desligarse de dicho maltrato, pero las consecuencias siempre se presentaron como negativas: el padre la expulsó de su hogar, la abandonó en el momento del embarazo y en la actualidad sostienen una relación permeada por la agresión.

A partir de lo anterior se comprende cómo la experiencia de pareja de los padres afectó directamente la experiencia que los hijos tuvieron de sí. Las reiteradas escenas de la pareja caracterizadas por el maltrato, los continuos actos de violencia entre los dos, y las formas de relación que entablaron, influyeron en las representaciones que las pacientes elaboraron de sí y de los demás. Se presenta entonces el contexto infantil como un lugar primordial para la organización de experiencias que probablemente serán reactualizadas en los escenarios y en las relaciones adultas.

8.1.3. Reexperimentación del maltrato en las relaciones presentes

8.1.3.1. Apartado descriptivo

Esta categoría da cuenta de la reexperimentación del maltrato que entablan las pacientes en las relaciones presentes referidas a tres escenarios: relación de pareja, relaciones familiares y relaciones en general. Esto implica que el maltrato es una realidad que al vivirse en la infancia, se sigue reactualizando en el presente, volviendo a los puntos conocidos de la experiencia de vida, al menos en los casos de la presente investigación. La subcategoría más densa es la relación de pareja, siendo éste un escenario de constantes repeticiones relacionales del maltrato.

8.1.3.1.1. Reexperimentación del maltrato en la relación de pareja

Muchos de los motivos de consulta de las personas que acuden al psicólogo están referidos al conflicto de pareja, éste conflicto es el que marca el inicio de terapia. La relación de pareja al ser una relación caracterizada por la intimidad y prolongación en el tiempo, se convierte en un lugar donde se pone en escena la historia de vida:

“La paciente consulta por la relación de pareja que sostiene en este momento. Dice que es muy difícil, porque su pareja se parece al padre. Afirma que ha evitado que se parezcan a Luis[padre] pero todos se han terminado pareciendo a él, y esto la tiene muy mal, y no sabe por qué siempre da con ellos. De igual manera en la primera sesión afirma que no sabe por qué ellos le recuerdan a su padre” (P 7 terapeuta).

Una de las relaciones más íntimas que se establecen entre los seres humanos, fuera de la relación con los padres, es la relación de pareja. Es allí el escenario donde se intercambian los patrones de relación que en algún momento fueron experimentados, vistos, oídos. Por este motivo cuando una de las pacientes habla de su relación de pareja, utiliza conceptos y manifiesta emociones propias de la experiencia del maltrato en la infancia. De esta forma la relación de pareja se identifica como un nuevo escenario de repetición del maltrato vivido con los cuidadores:

“Yo siempre los tengo que empujar, pero todos también me han tratado mal, yo siempre me he preguntado ¿Por qué me tratan así? Por qué me dicen palabras hirientes, no les gusta que me relacione con nadie ni con mi familia. Se enojan porque tengo amigos (Llora).....es que yo hago todo por ellos, muchísimo, pero cuando pido un favor dicen que no y ahí es cuando comienzo a desilusionarme y se me acaba el amor” (P 7 Isabel)

En las dos pacientes, las relaciones de pareja fueron escenarios donde se revivió el maltrato. Identifican en su pareja acciones y palabras que fueron constantemente experimentadas en la infancia con sus cuidadores, y que hoy siguen siendo revividas en las interacciones que realizan con ellos. En esta paciente (Isabel) se continúa con una posición de sumisión y dominación por parte de su pareja:

“Que por ejemplo yo veía que, pues empecé a notar cosas que yo no había notado, por ejemplo, esto está muy caliente, yo lo quiero más frío; si se lo daba más frío, que esto está muy frío caliéntemelo más; que yo quiero tal camiseta y precisamente esa es la que tenía mojada, la que tenía en Fab, se enojaba, entonces que la otra, y precisamente esa era la que no había planchado” (P 2 Isabel)

En la relación de pareja de las pacientes ocurren escenas que tienen unos libretos escritos con anterioridad, esto frecuentemente las llevaba a preguntarse por la ocurrencia de éstos escenarios y por el parecido a los que vivieron en la infancia con su familia. Aparecen así de nuevo, frases lapidarias que rememoran lo vivido: personas, rostros, acciones, imágenes:

“Había muchas cosas de él [esposo] que a mí no gustaban, porque yo lo veía como mi papá” (P 2 Isabel).

En las investigaciones realizadas para esta investigación se identificó que cada tipo de maltrato genera consecuencias distintas. Los eventos de maltrato en la infancia de las pacientes en este estudio de caso se caracterizaron por el maltrato verbal y físico. Esta

particularidad es la que singularizará las relaciones adultas, ya que para las pacientes en las relaciones de pareja estuvo presente el maltrato verbal:

“Esteban me decía siempre que yo era fea, y lo peor de todo es que me lo creía” (P 3 Carolina).

“Que él [esposo] me diga eee, que un día me diga, amor yo necesito que me responda una pregunta con sinceridad, y le digo, ¿por qué? ¿qué paso?, ¿pero me promete que va a ser sincera?, sí voy a hacer sincera, sí voy a ser sincera, pero eso sí no me vaya a ofender porque eso sí... hay Carlos (Terapeuta) él me hizo esa pregunta y a mí no me cabía en la cabeza, me dijo....ya no me dijo amor sino que me dijo Isabel,eee yo quiero que usted sea sincera y me diga si usted es lesbiana, queeeeeee, a mi me dio fue como risa, y le dije queeeeeee, ¿lesbiana? Que pregunta tan rara.Aaaaaa si como últimamente ya no quiere nada conmigo, ya no te puedo tocar, ya no tal cosa, ya no tal otra, fuera de eso a vos ya no te llaman si no mujeres, vos ya no compartís si no con mujeres....y yo le dije, vea pues, increíble lo que usted me está preguntando” (P 2 Isabel).

Y frecuentemente también el maltrato físico:

“Ese día que le dije que lo iba a dejar [al esposo], las cosas empeoraron. Empezó a ser agresivo conmigo. Hace varios días yo estaba en el baño peinándome y de pronto miré y él estaba detrás, yo sabía que me iba a pegar, inmediatamente cerré la puerta y él empezó a golpearla, a gritar a insultar, yo me quedé encerrada llorando (Llora), y esperé dos horas a que se calmara” (P 2 Isabel)

“Una noche me desperté y él [esposo] estaba parado frente a la cama mirándome, esa cara me dio terror, no sabía que estaba pasando, sabía que me iba a pegar, y lo que hizo fue tiráseme encima (silencio) trato a las malas de tener relaciones conmigo, pero grité tanto que me dejó tranquila” (P 2 Isabel).

Surgieron preguntas que antes no tuvieron respuesta, sentimientos confusos y fuertes desorientaciones en las relaciones de pareja que además causaban desconcierto. Para un tercero los escenarios de las pacientes son completamente comprensibles a partir de su historia de maltrato, pero para ellas, estos escenarios por conocidos que fueran, son completamente ajenos y no comprensibles:

“Hoy en consulta me dice que quiere saber por qué da con tantos hombres tan iguales....Habla de Esteban, su expareja con el que estuvo saliendo hace poco. Dice que él no se compromete con ella porque según él, ella es una persona muy buena, eso le da rabia a ella, que él no se quiera comprometer, y está muy enojada porque todas sus parejas no se comprometen con ella. Está confundida y quiere saber qué puede hacer para que no le pase lo mismo con los hombres” (P 4 terapeuta)

“La paciente llega de nuevo a consulta después de 4 meses de interrupción de la terapia. Tuvo una relación con un hombre que le recordó lo que pasaba con ellos (la maltrataban) y se sintió mal y no quiere que eso vuelva a suceder....y quiere saber cómo solucionarlo...dice que no quiere volver a vivir eso (el maltrato), quiere solucionarlo pronto” (P 4 Terapeuta).

“La relación con Carlos es muy difícil, además se parece a Luis [el padre]” ... “yo he evitado siempre que se parezcan a Luis pero todos se han terminado pareciendo a él, por qué me pasa esto...” (P 7 Isabel).

8.1.3.1.2. Reexperimentación del maltrato en las relaciones familiares

Esta subcategoría de cuenta de la reexperimentación del maltrato en las relaciones que las pacientes entablan con sus padres, hermanos e hijos. La lógica del maltrato continúa acompañando el sistema familiar. Se establecieron unas lógicas de relación en la infancia que perpetúa una disposición hacia palabras y acciones que se repiten en la relación con la madre:

“Cuenta una escena con la madre que ocurrió esta semana....ella está regañando a su hija porque está muy desobediente, y le dice que le va a quitar el patinaje, o algún deporte que le gusta..... Pero la mamá se entromete, y le dice que ella le paga los cursos a la hija, y le da el uniforme y le paga el transporte, y que por lo tanto no debe entrometerse....La paciente se va enojada, se encierra en su pieza y llora mucho” (P 4 Terapeuta).

Los escenarios de maltrato en la familia se vivencian también con los hijos. En una de las pacientes la relación con su hijo se presenta distanciada y caracterizada por sus reproches, y a la vez, por los reiterados sacrificios que ella realiza para que él tenga suficiente bienestar. Estos esfuerzos son en vano para la paciente ya que continúa de nuevo la experiencia de maltrato por parte del hijo, y la dolorosa pregunta por la ocurrencia de éstos acontecimientos:

El hijo la trata mal y la hiere, ella siempre se pregunta “qué me faltó o qué hice de más?”.... se pregunta es por ella....ha hecho muchas cosas por su hijo, incluso ha dejado de hacer cosas por ella, pero le duele mucho cuando el hijo la hiere.... Siempre piensa cómo decirle las cosas para que no se enoje... no quiere que se enoje....Dice que nunca le ha dado gracias por todo lo que ha hecho , lo único que ha hecho ha sido recriminarla y maltratarla....(P7 Terapeuta)

“Siempre dice que lo he dejado solo, que nunca lo he acompañado, que nunca lo he apoyado, que soy una mala madre, yo siempre soy la mala, me lo recrimina siempre....y yo me paso de boba con él....y no piensa que he renunciado a todas mis cosas para que él esté bien, que no le falte nada (Llora)”....(P6 Isabel)

La experiencia de maltrato ocurre también con los hermanos. La paciente ocupa un lugar de sumisión y los hermanos un lugar de dominación, además lo específico de esta relación es que la madre aparece respaldando el maltrato por parte de los hermanos:

“Mis hermanas siempre se han llevado la ropa de mi hija para las hijas de ellas. De un

momento a otro sacan las cosas de mi habitación sin avisarme o sin pedirme permiso, y lo peor de todo es que, si yo no se los permito, inmediatamente mi mamá me dice que soy una egoísta y que soy muy mala hermana” (P 8 Carolina)

Se ocupa un lugar en la familia caracterizado por la nulidad, el aislamiento y como bien lo llama la paciente, como sentirse “*la cenicienta*”. Vale la pena señalar las características de la cenicienta, famoso cuento de los hermanos Grimm: abandono, sumisión, cero reconocimiento, maltrato, inferioridad. Así se experimenta la paciente en relación a su familia:

“Siempre me ha tocado el oficio en mi casa hasta el día de hoy. Tengo tanta rabia con mi hermana es completamente desordenada y me toca arreglar a mí. Todo el oficio me toca y no se dan cuenta que yo trabajo hasta los sábados, son muchas las obligaciones (Llora).....tengo tanta rabia y tanta tristeza porque yo soy como la cenicienta de mi casa” (P8 Carolina)

El terapeuta identificó indirectamente en los relatos de la paciente, que ésta problemática de maltrato no sólo es una realidad presenta para ella, sino también para otros integrantes de su familia. Indudablemente la experiencia de maltrato habrá tocado la subjetividad de todos aquellos que hicieron parte del sistema familiar. Se presentó así en otros integrantes escenarios que se repiten, y que aumentan el sentimiento de rabia en la paciente:

“Habla de que el padre siempre ha querido dominarlas a todas, y habla de la hermana que también tiene un esposo que la domina, que la maltrata...Se comienza a evidenciar mucha rabia en la sesión...con el tema de la dominación del padre se enoja, y con lo que actualmente está viviendo la hermana con el esposo, además dice que la hermana ya está tomando medicación psiquiátrica por la depresión” (P7 Terapeuta).

8.1.3.1.3. Reexperimentación del maltrato en las relaciones en general.

Otro de los escenarios de maltrato se ubica en las relaciones de amistad, de noviazgo y en las relaciones laborales. Se identifica entonces cómo las pacientes reescenifican su historia

pasada en los escenarios donde se desempeñan. Una de las particularidades de ésta investigación es evidenciar que los adultos no maltratadores con historia de maltrato en la infancia, ponen su experiencia de maltrato de una manera distinta en la adultez a diferencia de los que maltratan, que en este caso sería con **la repetición de la sumisión, la anulación personal, y en la mayoría de las ocasiones acciones de pasividad** frente al maltrato:

“Ha tenido dos parejas. Habla de ellas, narra que los dos la han abandonado. Se caracterizan por el desorden, además tienen relaciones con otras mujeres paralelamente al noviazgo, y cuenta que a ellos nunca les importó lo que pasará con ella. Una de las escenas que más recuerda es que uno de ellos la dejó tirada en la minorista a las 2 a.m. y simplemente se fue” (P4 Terapeuta)

Las relaciones laborales en una de las pacientes están caracterizadas por la responsabilidad, la pérdida de los propios espacios, la renuncia a mejores posibilidades laborales y económicas por el fuerte sentimiento de responsabilidad con el otro, que la lleva a no abandonar los compromisos que ha adquirido así estos estén en detrimento de su propio bienestar. Se identifica cómo el trabajo se incorpora de nuevo como un escenario de dominación y control:

“La paciente habla hoy del trabajo, ha tenido que trabajar mucho, sábados y domingos y hasta tarde, y el pago es muy poco.... Y dice que la llamaron de otra empresa y el pago es mucho mejor....pero dice que no sabe si ir....hablamos que ir a la entrevista de los otros trabajos no es ser infiel ni irrespetar a los demás, si no que es poner su posición, y su posición en este momento es que el salario no le alcanza para los planes que tiene, para mantener a su hija, más si se quiere ir de la casa de los padres”(P4 terapeuta)

En las relaciones de amistad predomina para una de las pacientes la escucha del otro, junto con su nulidad en el diálogo que se entabla, ya que la pregunta por ella no está disponible en éstos diálogos:

“Habla de que en las conversaciones con los demás siempre ocurre el siguiente patrón:

1: Hola Carolina como estas?

2: Bien, y vos que más como va todo?

1: La otra persona le cuenta todo lo que está pasando, sus dificultades (no se habla de Carolina)

2: Carolina hace un cierre siempre.

Afirma que esta dinámica ocurre siempre que habla con alguien”. (P4 Terapeuta)

8.1.3.2. Apartado interpretativo

Una de las controversias del desarrollo se presenta en la pregunta por la linealidad o causalidad por un lado, y en la incertidumbre y complejidad por el otro. El primero se presenta como un fenómeno que marca sustancialmente el desarrollo, en donde las primeras experiencias tendrán un influjo significativo en las consiguientes experiencias, marcándolo de manera radical y con pocas posibilidades de modificación. De esta forma la primera infancia se presenta como la etapa más importante, donde las experiencias que allí ocurren son imborrables, y serán las que produzcan los efectos que se vivan en la adultez. Esta línea de desarrollo afirma que todo lo que ocurra en la infancia, a cualquier sujeto, tendrán un resultado prefijado en su etapa madura.

Por otro lado se presenta la mirada del desarrollo con un componente de complejidad e incertidumbre. Esto en la medida que, si bien las experiencias infantiles son importantes y marcan de manera significativa el desarrollo psíquico y maduracional, los eventos aquí vivenciados no se convierten en causas únicas y coyunturales de la experiencia posterior. Las teorías del desarrollo identifican que el desarrollo es discontinuo en la medida que se pueden presentar luego experiencias correctoras o integradoras de las experiencias infantiles (Fernández, 2012). De igual manera surge la polémica según Fernández (2012) de si nuestra historia es objetiva, o es una elección al azar de imágenes y recuerdos que se van integrando a lo largo del tiempo, pero reflejando que más que objetividad, una historia

mítica. Esta postura del desarrollo afirma que cada etapa de desarrollo es significativa y coyuntural y aporta elementos significativos al proceso evolutivo (Marchesi, Carretero Rodríguez, & Palacios González, 1984)

Surge así la tensión entre, si la experiencia infantil marca las experiencias presentes de las pacientes presentadas, o la experiencia presente es resultado de un largo proceso de experiencia de desarrollo. Fairbairn (2013) afirma que la estructura endopsíquica está conformada por partes del Yo escindido con un objeto que le corresponde, estas estructuras son las que guiarán la conducta del infante en su vida futura, ya que a partir de ellas se mantienen los primeros vínculos y las lealtades que se entablan con ellos. Esto no quiere decir que la persona está sujeta a esta estructuración inicial, pero sí que durante el transcurso de su desarrollo, en especial la adolescencia que se presenta como una segunda oportunidad para el desarrollo, permita reorganizar las experiencias psíquicas que se han elaborado hasta el momento, posibilitando el despliegue de nuevos patrones vivenciales y la reorganización e integración de otros.

Para Horner (1984) la estructura psíquica (Sí mismo – objeto), surge a partir “de los procesos mentales tempranos por medio de los cuáles el recién nacido organiza su mundo en patrones significativos, un patrón básico del sí mismo – la representación del sí mismo- en tanto que la otra es la representación del objeto” (p. 85). Como bien afirma ella esta organización surge desde el inicio de las interacciones que se entablan en la diada madre-hijo. Es por esto que las primitivas experiencias serán fundamentales para el posterior desarrollo psíquico, ya que a partir de ellas se consolida y organiza la estructura psíquica.

Pero más adelante Horner (1984) afirma que si bien estos patrones “evolucionan durante los tres o cuatro primeros años de vida y constituyen la base para las configuraciones mentales duraderas, en el desarrollo sano estas estructuras intrapsíquicas continúan siendo modificadas durante toda la vida por la experiencia” (p. 18). De esta forma se identifica como las primeras experiencias son vitales en el desarrollo, más no inmodificables o inalterables, lo que permite mayor posibilidad de actuación de un proceso terapéutico. Esto permitirá que en psicología dinámica se haga referencia a organización psíquica y no a estructura. Esto como resultado de nuevos procesos teóricos donde se da prioridad a la complejidad la incertidumbre y el movimiento.

A partir de lo anterior se considera que la experiencia infantil es primordial en la organización de la experiencia subjetiva, y que es allí donde se consolida la organización psíquica permitiendo en sentido de continuidad, estabilidad y cohesión. Pero las experiencias no se presentan como inmodificable, si no con altas probabilidades de movilización (OPD 2). Por tanto La posibilidad de integrar y tramitar estas experiencias traumáticas tempranas, implica la presencia de otras figuras que posibiliten la reorganización de la experiencia. Estas figuras permitirán la movilización de aspectos psíquicos rígidos, no integrados, escindidos, entre otros. Una de estas figuras será el terapeuta. Pero si en el desarrollo no se presentan acontecimientos que permitan la movilización e integración de experiencias traumáticas es probable que estas sigan presentes en la vivencia subjetiva. Se identifica entonces una estructura consolidada por unos vínculos y unas experiencias prolongadas a lo largo del tiempo, y organizadas psíquicamente, que se reactivan en los vínculos presentes.

Los teóricos han tratado de comprender el retorno de experiencias pasadas de muchas formas. Freud lo entiende como compulsión a la repetición para tratar de explicar porque los neuróticos siguen aferrados a experiencias dolorosas (Fairbairn, 2013), mientras que para la teoría de las relaciones objetales estos fenómenos se relacionan con las estructuras internas consolidadas en el desarrollo, a partir de las cuáles se organiza la experiencia presente y se dirige la conducta, además de que posibilita vínculos particulares en relación a dichas estructuras.

Freud (citado en Laplanche & Pontalis, 1971) se refirió a éste fenómenos de retorno de experiencias dolorosas en términos de compulsión a la repetición, entendida como,

A nivel de la psicopatología concreta, proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual” (p. 68)

En este sentido Freud argumenta la forma como los neuróticos se ligan a experiencias dolorosas a partir de éste principio, tratando de elaborar teóricamente la forma en que se vuelve reiteradamente a ciertas escenas dolorosas de la vida. Surge así la pregunta en psicoanálisis por la fuerte necesidad de los sujetos, por empeñarse en mantener ciertos vínculos así estos se presenten como dolorosos. Para la presente investigación la recreación

de estas escenas y el aferramiento a vínculos dolorosos se entiende en términos de relaciones objetales internas.

Para las relaciones objetales la compulsión a la repetición no se entiende en términos de principio de placer y principio de realidad, o en un retorno de lo reprimido, o de la repetición de experiencias displacenteras en la que alguna instancia psíquica encontraría satisfacción (Laplanche & Pontalis, 1971). Para los teóricos de las relaciones objetales, y en esta caso para Fairbairn(2013), si la libido no busca primariamente el placer, sino el objeto, no se necesita recurrir a la explicación freudiana. Para este autor “la tendencia a adherirse a experiencias dolorosas puede explicarse en términos de relaciones con objetos malos” (p.348). De esta forma se identifica que lo que se repite son los primeros vínculos que se entablaron con los objetos que fueron representantes del mundo exterior, y a partir de los cuáles se consolidó la experiencia de sí mismo y se estructuró la manera como se entablan las relaciones con los demás. Estas experiencias por sí mismas fueron constantes y repetitivas en el tiempo, lo que llevó a la consolidación de un mundo psíquico particular.

La compulsión a la repetición se relaciona entonces con problemas de relaciones del Yo con objetos internalizados, o como lo afirma Fairbairn(2013)”de varias partes del Yo con objetos internalizados y a las de una con otro, como objetos” (p.348). De esta forma Fairbairn explica el intenso “culto” por los objetos en la experiencia subjetiva, más aún cuando estos objetos se presentan como frustrantes. No es entonces una situación edípica inconsciente, es una “devoción” a los objetos que lleva a una constante repetición de dichas experiencias.

A partir de lo anterior se comprende la manera como las pacientes siguen vinculadas en el presente a relaciones que recrean el maltrato. Como se ha afirmado en el transcurso de ésta investigación, los casos presentados son adultos no maltratantes, pero hacen parte de sistemas relacionales donde el maltrato sigue presente, más aún cuando son ellas las que en una actitud de pasividad y de impotencia siguen experimentando el maltrato. Las dos pacientes desde que llegan a consulta tuvieron la pregunta sobre el por qué se encuentran con ciertas experiencias que las hacen sufrir y les siguen recordando acontecimientos y personas de su pasado. Remitieron varios escenarios donde se repitieron dichas experiencias. De esta manera se comprende como las pacientes siguen utilizando el mecanismo de compulsión a la repetición, ya que frecuentemente recrean escenarios y relaciones que están matizados por su

experiencia infantil.

Las relaciones afectivas que entablaron las pacientes estuvieron vinculadas con su experiencia objetual internalizada, lo que quiere decir también que las personas que han elegido en sus vínculos afectivos poseen características que les permitieron a ellas seguir entablando vínculos con sus representaciones internas. Es así como se entiende que Isabel ha entablado 3 relaciones de pareja, en donde todos ellos en algún momento de su relación la han maltratado física y verbalmente, y más aún, cuando ella aduce en los tres la misma experiencia de frustración, fracaso y desamor. Ocurre entonces una tensión entre la experiencia psíquica y la realidad externa, ya que si bien existe un mundo interno, el mundo externo y las relaciones que se entablan en él, deben estar relacionado con lo que se espera y con lo que se ha vivido en él, representado psíquicamente.

Se entiende también la compulsión a la repetición desde la psicología del Self, en donde Kitron(citado en Moreno, 2003)afirma que,

La compulsión a la repetición se puede entender como una transacción entre dos fuerzas: rehuir el contacto y también su contrario, buscarlo. Rehuirlo por miedo a la frustración de una nueva pérdida, y buscarlo, porque la repetición de una conducta con un objeto... aunque tiene riesgos, puede terminar llevando a un cambio favorable.....la compulsión a la repetición no es un intento de lograr el control sobre antiguas experiencias traumáticas sino que busca un nuevo y anhelado comienzo que no ha podido tener lugar en el desarrollo del sujeto

Este comienzo se pretende cada vez que se inicia una nueva relación, en donde se desea experimentar lo no vivido, pero que paradójicamente trae consigo lo conocido. De esta forma como bien lo afirma Kitron(citado en Moreno, 2003), cada encuentro, cada relación oscila entre la *amenaza* y la *esperanza*. Se comprende así las expresiones de las pacientes cuando afirmaron su deseo de experimentar situaciones donde el maltrato no esté presente, y la queja y reclamo de encontrarse constante y únicamente en las relaciones el maltrato. Se presenta entonces una forma infructuosa, de controlar y superar lo traumático(Kitron citado en Moreno, 2003).

8.1.4. Representación del sí-mismo

8.1.4.1. Apartado descriptivo

Con esta categoría se identificó lo que en psicología dinámica se llama representaciones de sí mismo, que integran las imágenes que un sujeto ha construido de sí mismo a partir de su relación con el otro. Estas representaciones se ponen en juego en las relaciones con los demás y tienen un fuerte componente en la conducta, ya que la guían. También se integró en ésta categoría la dimensión emocional, ya que se refiere a las experiencias emocionales más persistentes que experimentan las pacientes en los vínculos que se establecen con los demás.

8.1.4.1.1. Imágenes de sí

Autodevaluación

Las pacientes refirieron reiteradamente experiencias de sí mismas marcadas por la devaluación y la insuficiencia. Esta experiencia se caracteriza por una autorreferencialidad negativa o devaluativa, específicamente en palabras determinadas por una conciencia crítica excesiva, por el sentimiento de incapacidad y de egoísmo por pensar en los propios beneficios. Para una de las pacientes los beneficios propios no son posibles para ella:

“A veces me siento tan egoísta pensando en mis cosas, en que yo me merezco algo, pero me siento egoísta, egoísta, muy egoísta.....así pienso de mí, qué se va hacer, es que yo creo que yo soy dura conmigo misma, demasiado dura, pero es que siento que soy incapaz, que soy muy mediocre, y no quisiera sentirme así, tan mal conmigo” (P3 Carolina)

Por otro lado, la autodevaluación está marcada por sentimientos de inferioridad, donde no es reconocida la palabra, la opinión, la posición frente a cualquier temática en los diálogos cotidianos. Emerge un sentimiento de inadecuación cada vez que se entabla una conversación:

“Para ella es difícil las conversaciones, cuenta que siempre se queda callada porque siente que el tema no es interesante, que aburre la gente y que lo que ella está diciendo no es interesante ni importante. Habla de que cuando hay silencio siente que ella se equivocó, o algo no lo dijo bien.” (P3 Carolina)

Uno de los componentes principales de las representaciones, es la del cuerpo. El cuidado primario es el que posibilita la vivencia positiva de la corporalidad, el afecto afirmativo por lo que se es físicamente, llevando a un cuidado de lo que se aprecia que en este caso es el cuerpo. Pero en una de las pacientes esta representación está matizada por la devaluación, la comparación con otras mujeres donde la paciente siempre termina perdiendo, y con una conclusión que integra el sentir hacia el cuerpo: “sentirse fea”:

“Sabe una cosa doctor, yo no sé qué me pasa, pero siempre me veo fea, como mujer me siento lo peor, es más, pienso que las demás mujeres me opacan, son más bonitas que yo (llora),....la verdad, nunca me he sentido bonita” (P3 Carolina).

La representación del cuerpo se pone en juego en cada relación que se establece y en cada vínculo que se vive con las personas más cercanas y las más distantes. En estas relaciones los demás refieren palabras hacia las diferentes dimensiones que hacen parte de una persona, que reforzaran las representaciones que se tienen de sí mismo. De esta manera la autodevaluación cobra mayor sentido y se reafirma cada vez más en las expresiones que una de las pacientes encontró en estos vínculos:

“Durante la sesión afirma que se siente fea cuando sus parejas se lo dicen, y se lo han repetido reiteradamente. De igual manera se siente gorda, en especial cuando su hija se lo dice, y luego afirma que ella siente que ellos tienen razón” (P3 terapeuta)

La autodevaluación se presenta en una de las pacientes como una experiencia de insuficiencia, de sentirse “pequeña” ante los demás. La devaluación que hacen de sí toca lo más íntimo de su experiencia como persona. Muchas veces esta devaluación promueve una

experiencia imposible de nombrar: “*es lo peor sentirse así*”. Además la devaluación conlleva pocas posibilidades de identificar aspectos positivos de sí misma:

“A veces no sé, no sé pero me siento tan pobre, como si no tuviera nada absolutamente nada, es una sensación muy maluca, como pobre, chiquita.....lo peor, que no articulo ideas, como incapaz, mediocre....es que definitivamente es lo peor sentirse así. Además no soy capaz de hablar con hombres, prefiero hablar con mujeres, me asusto. Estos días un compañero del trabajo se me acercó y yo no sé, yo me fui” (P8 Carolina)

8.1.4.1.2. Sentimientos

Sentimiento de culpa

El sentimiento de culpa presente en las dos pacientes aparece en el momento en que ellas ponen límites al maltrato del otro, o manifiestan su desacuerdo frente a las acciones que el otro realiza y que en este caso se dirigen al maltrato. El sentimiento de culpa surgió cuando la paciente logró verbalizar su rabia, ya que su esposo había tenido constantemente acciones de maltrato. La culpa en este caso impide expresar o manifestar el malestar y la rabia, sentimientos contenidos ante la imposición que ellas se hacen de no hacer sentir mal a nadie, como reacción a evitar lo que ellas sufrieron:

“Estos días cogí a Felipe y le dije de todo, lo vacié, estaba tan enojada....yyy después me digo: hay qué pesar, como le dije...como ese remordimiento” (P4 Isabel)

Por otro lado, el sentimiento de culpa imposibilita poner límites ante la violencia del otro, o si se ponen límites se presenta un aumento de la culpa. En muchas circunstancias fue preferible sentirse culpable que señalar al otro como responsable. La culpa en la paciente se remite a la protección que ella hace de los demás, es preferible para la paciente sentirse mala, a que el otro se pueda sentir mal por los límites o por la puesta en la palabra de la rabia que ella sintió:

“También habló en la sesión, sobre por qué se queda callada ante lo que le hacen las demás personas; dice “no me gusta que al otro le duela”....y se pregunta...”pero ¿Por qué?...¿qué me duela sólo a mí?...y ¿por qué yo sola me siento culpable?” (P 3 Terapeuta)

La culpa se remite a la reparación, en este caso cuando la paciente logró poner un límite ante el maltrato de su pareja, y verbalizar la rabia, inmediatamente surge un sentimiento de reparar lo que hizo, esta reparación acompaña siempre a la culpa. La paciente presenta una ambivalencia ante su pareja: le pone un límite por el maltrato recibido, pero también siente la necesidad de protegerlo:

“No me vas a creer, hace unos días eché a Felipe, le dije que no más, que no me iba a dejar más de él, que me respetara y se fuera.... Pero después pensé, pues, que por culpa mía se va a ir a sufrir a alguna parte” (P2 Isabel)

Se presenta en una de las paciente una fuerte proyección, en la medida en que el sufrimiento del otro la hace sentir culpable. Se evidencia que la paciente se endilga la responsabilidad por el sufrimiento de los demás. Esta proyección indica una representación de culpabilidad como manera proteger el vínculo con el otro convirtiéndolo en bueno y ella transformándose en la responsable:

“Yo no soy capaz de ver a alguien sufriendo, me siento como culpable” (P2 Isabel)

La culpa en una de las pacientes no le permite diferenciar entre la propia responsabilidad que se tiene ante las acciones que se realizan, y la responsabilidad que debe delegarse a los demás por sus actos de maltrato. Se identifica que la paciente se apropia de la responsabilidad por el maltrato del esposo, evidenciando así la estrategia de volver a los otros buenos, como una manera de protegerlos. Es más fácil para la paciente autoresponsabilizarse de las acciones negativas de los demás, que establecer su responsabilidad:

“Cuando peleo con Felipe, y le digo que me deje tranquila, que no me maltrate más, yo me pregunto, en medio de lo culpable que me siento: bueno, será que el error es mío, será que soy yo la que tengo que cambiar, será que la mala soy yo?” (P2 Isabel)

En reiteradas ocasiones la paciente remitió un fuerte sentimiento de culpa cuando se protegía del maltrato. Los límites que establecía con los demás y la protección que hacía de ella le producían fuertes sentimientos de culpa. Afirmaba que incluso cuando pone en la palabra su opinión se sentía culpable. En muchas circunstancias prefirió evitar acciones y verbalizaciones utilizando el aislamiento y autocontrol de la agresión, que experimentar la culpa:

“Durante varias sesiones se refiere a la culpa que siente porque se enoja con su pareja o con su hijo. Narra que hace días le dio una orden a su hijo y después se sintió muy culpable, o que hace dos días le dijo a su pareja que no la molestara más, y sintió que no debió haber dicho esas palabras. Prefiere quedarse callada, y tratarlos con mucha cautela para que no se enojen.” (P6 Terapeuta).

Sentimiento de soledad

Una de las consecuencias del maltrato en la infancia, como se indicó en los apartados anteriores, es la utilización de estrategias como la autosuficiencia y el aislamiento. Estas experiencias de las pacientes las han llevado a experimentar fuertes sentimientos de soledad, más aún cuando la mayoría de sus proyectos los han llevado a cabo sin compañía y apoyo, que les permitiera la sensación de sentirse vinculadas con otro. Los logros alcanzados son muchos, pero estos logros en vez de generar satisfacción, suscitaron soledad:

“(Llora)...A mí me ha tocado muy duro en la vida, tan duro, pero tan duro...he salido adelante solita...(Llora), me siento muy sola, como confundida súper enredada con la vida” (P6 Carolina)

Una de las pacientes remitió la relación con su hijo como una experiencia de soledad,

marcado por el silencio y la distancia. Más aún cuando ella recibe por parte de él acciones y verbalizaciones de maltrato que la hacen sentirse poco amada y no apreciada. Ante esto, la estrategia que encontró la paciente fue desconectarse de él, distanciarse, experimentando una fuerte soledad, más aún cuando viven en el mismo lugar físico. En varias ocasiones profirió expresiones donde manifestaba su deseo de no haberlo tenido, prefiriendo una hija mujer que la hiciera sentir acompañada:

“Siempre me he preguntado si fui o no buena mamá.....aunque sabes, yo hubiera querido tanto pero tanto una hija, que me ayudara.....es que con mi hijo me siento tan sola” (P6 Isabel)

La soledad experimentada por una de las pacientes se caracterizó no por el aislamiento social, o la falta de contacto humano, sino por la indiferencia por parte de su hijo y esposo ante los estados y momentos de dolor, las manifestaciones de necesidad de afecto, y la necesidad de compañía de la paciente. El otro desatendió las necesidades y llamadas de ayuda que la paciente enunció. De esta manera la experiencia de soledad en medio del maltrato infantil, y la no escucha de las necesidades del niño, se recrean en las relaciones adultas:

“Llega en crisis a la sesión porque el fin de semana la paso muy mal, estuvo muy deprimida, lloró todo el fin de semana. Estaba muy triste por lo que le estaba pasando, y se puso mucho peor cuando el esposo y el hijo no dijeron nada. La vieron llorando todo el fin de semana en la sala de la casa, sin dormir. Afirma que se siente muy sola en su casa” (P6 Terapeuta)

La paciente relacionó el sentimiento de soledad a una experiencia de vacío y tristeza, a una completa insatisfacción con los logros en su vida, en este caso con su casa y su moto. La soledad conllevó la imposibilidad de reconocer positivamente las metas alcanzadas, es un sentimiento que no permitió el reconocimiento de otras áreas de la vida que transcurren normalmente y con éxito. Un trabajo y unos objetivos que no se disfrutaban, por los que no se siente placer alguno:

“No sé por qué me siento tan vacía y tan triste, hay no sé, hay tantas cosas que no me satisfacen, yo creo que nada....es que aunque me compré una casa y luego la moto, me siento tan triste, no le encuentro sentido a nada, es una gran soledad la que tengo, la que llevo por dentro” (P6 Isabel)

El sentimiento de soledad se experimenta la mayor parte del tiempo en una de las pacientes. Las experiencias que lo integran son múltiples: insatisfacción, desánimo y sinsentido. En muchas ocasiones estas experiencias no tienen nombre, se denominan como “vacío”, pero en el diálogo que se entabla con el psicólogo se propicia un nombre: Soledad:

“La paciente llega a sesión y dice que se siente muy triste, y que son más los días que pasa triste a los que pasa bien....habla sobre el sentimiento que está experimentado...dice que es como un vacío...como algo que no tiene nombre....le digo que le pongamos nombre a eso que está experimentado y me dice: "Soledad"...(P6 terapeuta)

Sentimiento de rabia

Una de las emociones que más experimentaron las pacientes en sus relaciones diarias fue la rabia; dicha emoción la remitieron en la mayor parte de los encuentros con otros, más aún cuando éstos hacen parte de las escenas de maltrato. Como se indicó anteriormente esta rabia fue expresada o contenida, pero transversaliza la mayor parte de los encuentros que sostienen, en donde, la paciente en este caso, no se defiende, no pone límites, y evade las situaciones donde éstas acciones son necesarias:

“También la paciente refiere que ella no habla cuando actúan de forma grosera con ella; la actitud que asume es irse y quedarse callada, pero con mucha rabia...dice que siempre ha hecho eso porque no le gusta los límites hacía los demás....ella se enoja...se queda callada y se va....pero dice “no soluciono nada, me voy peor”....” (P3 Terapeuta)

De igual forma, la experiencia de rabia en los encuentros cotidianos, estuvo

relacionada con el callar ante los maltratos verbales que se reciben. Se recrean escenarios donde ella es maltratada por el otro, y su reacción es de sumisión y pasividad que no posibilitan la defensa. Incluso en el espacio terapéutico cuando la paciente revive estos escenarios la rabia sigue acompañando los recuerdos:

“Carolina constantemente se refiere a relaciones donde la maltratan, así sea en la palabra.....Hoy habla de una amiga que la maltrata verbalmente al referirse a actitudes que para Carolina son muy ofensivas....Nombra también a sus dos exparejas que le decían palabras ofensivas.....en esta sesión habla de toda la rabia que siente, y se ve bastante indisputada y alterada” (P3 Terapeuta)

Por otro lado, Las relaciones donde la rabia estuvo más presente y en niveles significativos, fueron las relaciones cercanas, familiares y de las que se esperaba afecto y apoyo. Por la historia de maltrato de las dos pacientes, estas relaciones están matizadas por la sumisión, el sometimiento y la humillación. De esta manera, en una de las pacientes ocurrieron escenas familiares en las que su lugar es de humillación y sumisión, generando de nuevo fuertes sentimientos de rabia:

“Habla de la madre y las hermanas. Últimamente ha tenido mucha rabia porque esta semana le compró una camisa a la madre, ella misma la escogió, y luego la madre se la vendió a otra hija y eso a ella le dio rabia porque la madre siempre ha hecho eso, lo que Carolina le regala ella lo vende”(P7 Carolina)

8.1.4.2. Apartado Análisis interpretativo

Para Horner(1984)el mundo representacional está integrado por dos estructuras básicas, sí mismo – objeto, que están en una mutua interacción, y que además las matiza un afecto específico. Este afecto específico dependerá de las condiciones iniciales de cuidado y sostenimiento que vivencia el infante. Las representaciones, como lo afirma Horner, son puestas en escena en las relaciones interpersonales que se entablan en la cotidianidad. De esta manera el mundo representacional y el mundo interpersonal están en una constante interacción, acoplándose, diferenciándose y modificándose recíprocamente.

El mundo representacional está constituido por representaciones conscientes e inconscientes construidas a lo largo del desarrollo, son por lo tanto “un residuo de las relaciones del individuo con las personas de las que dependía para la satisfacción de necesidades primitivas en la infancia” (A. Horner, 1984, p. 3). Así mismo estas representaciones no son una copia del mundo externo ya que la fantasía hace parte de la constitución psíquica y por lo tanto de las elaboraciones subjetivas que realiza cada sujeto en su desarrollo.

Al inicio estas representaciones transitan un proceso de cohesión, separación e integración que permite la estabilidad psíquica, el sentimiento de continuidad, la capacidad de discriminar entre lo externo y lo interno, la posibilidad de lograr metas, y la disposición a tolerar y regular afectos que en ocasiones pueden presentarse como abrumadores. Estas estructuras son fruto de un desarrollo sano o patológico de acuerdo al carácter de los adultos, y al ambiente que rodea al infante.

A partir de lo anterior se identifica cómo la representación que un sujeto posee de sí, depende de los estímulos experimentados repetitivamente en el medio. Estos estímulos al ser internalizados se convierten en la manera cómo se entablan las relaciones interpersonales. Estas relaciones siguen consolidando la experiencia de sí que posee cada sujeto.

En la presente investigación se identificó en las dos pacientes una representación de sí caracterizada por la devaluación. Es decir, la referencialidad negativa, la imposibilidad de sentirse dotado de cualidades significativas, la apreciación desvalorizada que se hace del cuerpo, y el no reconocimiento de los logros y metas obtenidos.

En las dos pacientes se identificó una experiencia de “sentirse fea”, cuando su apariencia física se presenta como atractivas, con un cuidado del cuerpo adecuado y una forma de vestir llamativa. La representación de sí de las pacientes no coincidió con lo que los demás identificaban en ellas. En varias ocasiones refirieron como los hombres las cortejaban constantemente, pero ellas se seguían preguntando el por qué ocurría esto. La devaluación de las pacientes no permitía identificar aspectos positivos en su corporalidad.

Junto con lo anterior se presentó una constante autoreferencialidad negativa expresada en el sentimiento de no ser capaz, de sentirse inútil, además de un fuerte sentimiento de

inferioridad. Estas experiencias tampoco coincidían con la realidad laboral y profesional de las pacientes. Las dos habían hecho una carrera de pregrado, en el momento de la terapia tenían posiciones laborales reconocidas, lo que implica una situación económica estable.

Además de esto, el sentimiento de inferioridad no permitió reconocer la igualdad de condiciones ante los demás, lo que implica estar en pérdida constante. De igual forma la inferioridad bloquea la posibilidad del diálogo recíproco de tú a tú, más aún cuando las dos pacientes poseían las cualidades personales y profesionales para hacerlo.

Se identificó entonces un empobrecimiento narcisístico en las dos pacientes, como resultado de las constantes experiencias de maltrato, además de la falta de espejamiento (Kohut, 1999) e idealización del objeto significativo. La sana autoestima se desarrolla a partir del reconocimiento que el objeto significativo lleva a cabo en el niño, a partir del reconocimiento que éste hace de sus propios logros. De la exhibición de su autonomía, y del reconocimiento que de ésta hace el objeto (Mahler et al., 1975).

Las dos pacientes en vez de encontrar en sus objetos significativos aprobación y espejamiento, recibieron maltrato y desaprobación, lo que llevó a la consolidación de un fuerte sentimiento de vergüenza. Debe aclararse que la vergüenza se relaciona más con el funcionamiento global de sí mismo, con el “ser”, mientras que la culpa con el hacer. La vergüenza motiva el aislamiento, mientras que la culpa la reparación (Crempien & Martínez, 2010). Se identifica entonces el aislamiento al que recurren las dos pacientes; aislamiento presentado en la categoría inicial (estrategias defensivas del maltrato en el presente).

Esta vergüenza según Crempien & Martínez (2010) se relaciona con la dificultad de las pacientes para diferenciar entre su responsabilidad y el victimario. Fue por lo tanto necesario abordar terapéuticamente esta imagen de sí, ya que contribuía a problemas de salud mental, entre los más significativos: depresión, aislamiento, ansiedad y devaluación. Se tuvo en cuenta para la intervención de la vergüenza las expresiones verbales y no verbales del terapeuta que podrían contribuir a retraumatizar a las pacientes.

Por otro lado, las representaciones de sí – mismo estuvieron acompañadas de tres afectos básicos: culpa, soledad y rabia. El afecto central que transversalizó la mayor parte de las relaciones interpersonales fue la rabia. La rabia fue activada en dichas relaciones debido a

la reexperimentación del maltrato que allí ocurría. Esto indica que las pacientes coincidían en las relaciones interpersonales con sus estructuras intrapsíquicas. Lo que implicó que las relaciones con los objetos significativos presentes, al estar caracterizadas por la repetición del maltrato, activaba de igual forma el mismo afecto, que en este caso era la rabia.

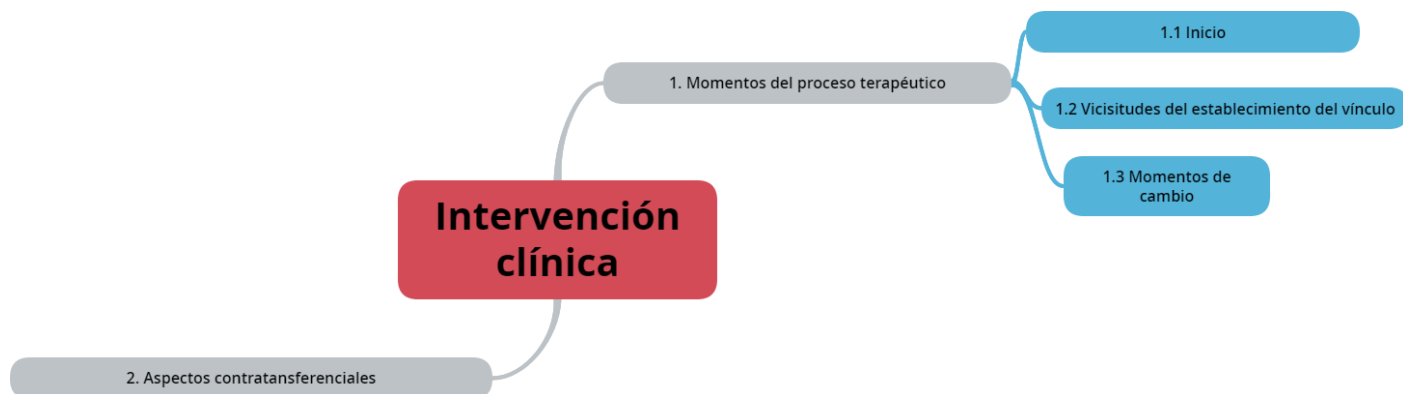
Al mismo tiempo que se suscitaba la rabia, por estar contenida o negada en estas relaciones interpersonales de reexperimentación del maltrato, surgía un fuerte sentimiento de culpa que las llevaba constantemente a la reparación de los objetos. Más aún cuando las pacientes al proteger sus relaciones con los objetos, los volvían buenos, convirtiéndose ellas en malas. A esto se refiere Fairbairn(2013) cuando habla de relaciones con objetos malos, y la estrategia que utilizan los niños para mantener el vínculo con ellos.

Se identificó entonces en las dos pacientes que las relaciones iniciales con sus objetos al estar caracterizadas por el maltrato y la agresión, representó en ellas una imagen devaluada y la experiencia de tres afectos reincidentes en las relaciones interpersonales.

8.2.Análisis de la Intervención Clínica

En este apartado se presentan las subcategorías, ilustradas así:

- Momentos del proceso terapéutico inicio, vicisitudes del establecimiento de vínculo, momentos de cambio.
- Aspectos contratransferenciales en el trabajo con pacientes adultos no maltratadores con historia de maltrato en la infancia.



8.2.1. Momentos del proceso terapéutico

8.2.1.1. Apartado Descriptivo

8.2.1.1.1. Inicio del proceso terapéutico

La subcategoría “inicio del proceso terapéutico” evidencia el motivo de consulta por el que llegan las pacientes a consulta, y la forma como transcurren las primeras sesiones. Al inicio el motivo de consulta no está relacionado con el maltrato. Ésta demanda será construida en los primeros 3 meses del proceso terapéutico, donde, al identificar las constantes situaciones de maltrato en las que se ven envueltas, identifican unos patrones de relación que se repiten, y que se relacionan con su historia infantil. Reconocer estos acontecimientos presentes las lleva a manifestar el anhelo de ser y de sentirse mujeres plenas, que se reitera a través de todas las sesiones.

El inicio del proceso terapéutico en el caso de Carolina está marcado por una demanda clara: “no quiero sentirme más sola, siento que no tengo amigos. La soledad me está haciendo mucho daño”. En Isabel la demanda inicial se refiere a: “necesito separarme de mi pareja, ha sido muy difícil hacerlo, no sé por qué, pero siento que no puedo. Llevo meses en éstas”. A partir de estas demandas las pacientes abordaron temáticas direccionadas a la resignificación

de las experiencias de maltrato que habían sido persistentes hasta el momento, pero que no las identificaban. A partir del diálogo con el terapeuta, empezaron a cuestionar su estilo de vida, llevándola a interrogar lo que hasta el momento para ellas era una realidad ineludible e intercambiable: continuar con el maltrato. De ésta manera los procesos de reflexión al inicio del proceso abrieron nuevas alternativas de experiencia de vida. En este caso la paciente interrogó una experiencia que para ella era común:

“Yo no sé por qué me siento mal si disfruto de la vida. Yo no sé qué es, si mi yo interno, una voz interna o lo que sea me dice que no puedo disfrutar de la vida porque mi mamá está muy mal y eso me hace sentir culpable. Como si yo no pudiera estar bien porque mi mamá no lo está, e inmediatamente me siento mal. Me parece el colmo que yo no pueda disfrutar de la vida y sentirme bien conmigo misma”(P6 Isabel)

A partir del retorno a los mismos lugares de experiencia y a las mismas personas que se hace en un proceso terapéutico, se reactualizaron sentimientos y pensamientos relacionados con el maltrato. Con la puesta en escena a partir de la palabra, de lo que ocurría en el día a día de las pacientes, se entabló la relación terapéutica, en donde se fue construyendo poco a poco la oportunidad de tomar acciones que en algún momento no eran posibles, y que el proceso terapéutico volvió reales:

“En la sesión estaba enojada porque la hija de la hermana, la sobrina, tenía un juguete de su hija y ella se lo pidió porque lo cogió sin permiso. Entonces la sobrina lo tiró lejos con mucha rabia, a lo que la paciente respondió también con mucha rabia. Habló con la hermana sobre esta actitud de su hija, y me cuenta que se lo expresó muy enojada. Me dice que pensaba que había sido muy grosera, pero al final afirma que lo mejor que la ha pasado es poder enojarse sin que le duela” (P3 Terapeuta)

El proceso terapéutico se convirtió para las dos pacientes en un espacio para **resignificar sus experiencias de maltrato. Allí iniciaron una fase de duelo, pero para entrar en él se arriesgaron a ir, poco a poco, a abordar las experiencias que continuaban con esta realidad, y que para ellas eran comunes.** Si bien al inicio el motivo de consulta no coincidía con la demanda real, con el paso del tiempo, el proceso les permitió crear y vivir

espacios que para ellas no eran posibles, porque **no se sentían dignas de ellos**, o porque experimentaban que **nadie podía apoyarlas o amarlas**.

Les era difícil encontrar lugares y personas distantes del maltrato lo que las conducía con mayor frecuencia a ésta experiencia. Al inicio de la terapia evitaban hablar del maltrato, y en el caso de Carolina lo negaba, siendo esta una situación común y saludable, ya que era la forma de protegerse de una posible retraumatización. En el caso de Carolina habló del maltrato en la decimosexta sesión. Por el contrario Isabel lo hizo en la cuarta sesión. Cuando se atrevieron a abordar estas situaciones empezaron a crear espacios donde el maltrato no era transversal. Quedaron completamente sorprendidas de lo que podían hacer, vivir y regalarse:

“Hablamos sobre lo que significa para ella ser merecedora de ayuda, esto la lleva a narrarme lo que le pasó el fin de semana:

La paciente narra lo que pasó hace ocho días con un amigo que conoció hace muchos años y que de un momento a otro apareció.... La invitó a Guatapé. Desde el inicio la obligó a ir ya que ella fue muy reacia porque no tenía dinero, y ella nunca permite que nadie la invite. Finalmente acepta. Desde que llega a la terminal **se siente muy mal porque él paga todo, el pasaje, luego el hotel**, la lleva a comer en Guatapé y ella narra que se siente muy mal porque la está manteniendo (yo le digo: la invitó).... **Cuando llegan al restaurante hay un mensaje de bienvenida pero ella no capta que es para ella. Durante el día ella le pregunta sobre el letrero y él le dice que es para ella, y ella no lo puede creer....Me dice: hace diez años que no salgo y que nadie me dedica esas palabras.** Luego ella trata de relajarse y no preocuparse porque él le está pagando todo el paseo....En el hotel ella entra en la habitación y encuentra escritas en el espejo unas palabras que dicen: bienvenida, descanse, disfrute, usted es una persona muy especial. Ella se pone a llorar y **se pregunta si ella se merece todo eso**, si todo eso sí es verdad, si es para ella.....Luego me dice que se relajó y disfrutó del paseo”(P6 Terapeuta)

En otras ocasiones las pacientes empezaron a manifestar no solo expresiones verbales sino también acciones concretas que indicaron la movilización de su experiencia de maltrato.

Para lograrlo iniciaron acciones que al inicio las asustaba, les generaba temor y ansiedad, pero que finalmente las hacía sentirse complacidas con ellas:

“La paciente cuenta que ha estado discutiendo mucho con su madre y sus hermanas porque la tratan mal y ella no lo va a permitir. Está preocupada por estas discusiones en casa, pero a la vez afirma que no quiere que sigan abusando de ella. Se observa que la paciente ha empezado a poner la agresión en la palabra”(P3 Terapeuta)

Durante los primeros momentos de la terapia para una de las pacientes no era posible tocar las emociones, o indicar su existencia, esto generaba en ella una agresión hacia el terapeuta, lo que implicó esperar el momento oportuno para que ella pudiera expresar aquellas emociones que eran dolorosas y traumáticas. Negar las emociones le permitían un sentimiento de seguridad porque estaban bajo su control. Después de varios meses la paciente (Carolina) habla por primera vez del miedo y la rabia, en especial con varias figuras de su vida, lo que posibilitó empezar a resignificar éstas figuras y las acciones que ella asumía en su presencia:

“La paciente empieza a hablar por primera vez en terapia sobre el miedo que le tiene a su jefe y muchos compañeros de los que prefiere aislarse. Dice que está asustada, y que nunca se había dado cuenta que tenía tanto miedo y quiere cambiar el miedo. Después de varios meses este es un logro porque verbaliza por primera vez una de sus emociones centrales” (P3 Terapeuta)

Así mismo, al inicio de la terapia las pacientes reconocían unos espacios y lugares propios, y otros que eran imposibles y no permitidos para ellas. En muchas ocasiones se preguntaron si era posible acceder a lugares que estaban solo en sus sueños o fantasías. De esta manera con el paso del tiempo fueron haciendo realidad lo que en muchas circunstancias anhelaban y soñaban, pero con un fuerte sentimiento de culpa. Desplazaban su deseo ya que muchas veces no lo sintieron como apropiado o pensaban que herían a los demás si lo hacían realidad. Es así que, una de las pacientes después de un tiempo en terapia realizó uno de sus sueños que jamás pensó que era posible (y que era una imagen constante en sus sueños):

“Hoy llegó muy contenta a la sesión porque va a comprar una casa. A la mamá no le gustó mucho la idea, de hecho le volvió a pedir su tarjeta de crédito para comprar un

carro para la familia, pero ella no se la entregó, dijo que necesitaba independizarse e irse de la casa con su hija” (P4 Terapeuta)

8.2.1.1.2. Vicisitudes del establecimiento del vínculo

Desde la primera sesión se identificaron procesos de ruptura del proceso terapéutico. Especialmente en el caso de Carolina, que será la paciente que más resistencia tuvo para abordar las experiencias de maltrato. La resistencia de Carolina al inicio evidenció lo que sobrevino cada vez que tuvo que enfrentarse a sus anhelos, deseos y a la posibilidad de construir alternativas donde no esté presente el maltrato. Las dos primeras sesiones, serán una *profecía* de varias acciones futuras de Carolina, en donde el perderse para llegar al consultorio, se convertirá en una de las formas de evitar situaciones de cambio. Perderse al inicio de la terapia evidenció la resistencia para enfrentarse a lo traumático, y el significado que ella le otorgaba a salir de ésta situación:

“En la primera cita me di cuenta que la paciente salió con dos horas de anticipación de su casa, pero se perdió. La hermana me llamó a decirme que la paciente estaba perdida, que no encontraba la forma de llegar al consultorio. Varias horas después la paciente llamó para agendar de nuevo la cita. Esto pasó en las dos primeras sesiones”(P4 Terapeuta)

Uno de las afirmaciones clínicas de Freud es que al inicio de todo tratamiento el terapeuta debe enfrentarse con las resistencias del paciente. Estas resistencias poseen una lógica psíquica ya que protegen al paciente de revivir los acontecimientos traumáticos, además de que mantienen la regulación emocional, sin importar el costo. Es una estrategia psíquica que acompaña la historia del sujeto, en la medida que, al sentirse vulnerable, la mejor solución fue buscar mecanismos que lo protegieran como el aislamiento y el rechazo de las relaciones, en los dos casos presentes. Estas resistencias fueron puestas en escena a lo largo de la relación terapéutica:

“La paciente no llega a la sesión porque le chocaron el carro. Esta es la tercera vez que le sucede lo mismo, lo que parece indicar una fuerte resistencia a la terapia. Se abordó en el segundo choque lo que significa para ella asistir a terapia, y afirma que ha sido una decisión muy difícil, más aún cuando le dice mentiras a la mamá para poder asistir”. (P4 Terapeuta)

En ocasiones los intentos de ruptura se presentan como acontecimientos comunes, que el paciente utiliza para evadir directamente el proceso terapéutico. Una de las pacientes recurrió a expresiones como “estoy bien, cada vez mejor” en las primeras sesiones, lo que indicó una fuerte resistencia que si no era tramitada pudo haber contribuido a la ruptura del vínculo terapéutico:

“La paciente no ha asistido a tres sesiones seguidas, en la de hoy le pregunto ¿qué ha pasado? Y ella afirma que está cada vez mejor (es la tercera sesión) y que no ha sentido la necesidad de asistir a terapia. Me dice que no tiene nada que hablar, y se queda callada. Ante el silencio le pregunto qué significa para ella hablar y me dice que es una de las cosas que más dificultad le da, ya que siempre ha sentido un vacío entre ella y los demás, y se ha venido sintiendo muy ansiosa desde el día antes de la cita, lo que le genera mucho malestar, y desea cancelar la cita” (P4 Terapeuta)

El proceso terapéutico se presentó con una significación paradójica: por un lado fue referenciado por las pacientes como una oportunidad para sanar y resignificar sus experiencias de maltrato.; por otro, se presentó como un espacio amenazante, ya que al explorar sus experiencias pasadas, los sentimientos y pensamientos asociados a ella, advirtieron una fuerte amenaza a sus formas de relación presentes, que eran las más conocidas por ellas. Percibieron que el proceso terapéutico ponía en peligro la autorregulación emocional que la paciente había establecido en su desarrollo y las estrategias de protección que había elaborado hasta el momento:

“La paciente ha dejado de asistir a dos sesiones. Le pregunto qué ha significado para ella la terapia últimamente y me dice que siente que no es capaz de conversar porque respeta tanto al otro, que hay un imperativo grande en ella que no le permite tocarlo, y dice que siente que lo toca cuando pone su posición, y en terapia lo ha hecho. Para ella

esto no se debe hacer. Es por esto que mejor se aleja. ” (P4 terapeuta)

Los intentos de ruptura de la terapia en las pacientes están dirigidos a estropear un espacio que era posible que se convierta en una segunda oportunidad para el desarrollo. De esta forma iniciaron acciones inconscientes que rompieron con las sesiones terapéuticas y con la continuidad del proceso. En una de las pacientes estas acciones fueron recurrentes, ya que la relación terapéutica implica enfrentarse no solo a lo traumático sino también a la posibilidad de escucharse y elaborar alternativas. Además de la posibilidad de una vivencia de sí más autónoma, con mayores límites al maltrato de los demás, y donde sus deseos sean posibles:

“Hoy la paciente se perdió y llega 45 minutos después (es la décima sesión). Hablamos lo que está implicando para ella la terapia, que la ha llevado al inicio a chocar el carro y hoy a perderse, y me dice que tiene rabia porque la mamá toca todo su mundo, y siente que está haciendo lo mismo con la terapia, porque ayer le dijo que dejara de gastar dinero en esas cosas, que más bien ahorrara para su casa. Expresa su rabia en la sesión porque su madre toca todos sus sueños” (P3 Terapeuta)

8.2.1.1.3. Anhelos y deseos establecidos en terapia

Desde el inicio de la terapia, las pacientes manifestaron una serie de anhelos que se planteaban como tareas a realizar. Inicialmente están cansadas de la repetición del maltrato y de las situaciones traumáticas que vivencian cotidianamente. Se evidenciaba que las pacientes aplazan varias de sus metas debido a las lógicas de las relaciones que entablan, en donde la sumisión implica mantener la dependencia y por lo tanto no favorecer la autonomía. Estos anhelos y deseos si bien estaban en la fantasía y en los sueños, a partir del inicio de su terapia se transformaron en objetivos a conseguir:

“A mí me ha tocado tan duro en la vida, que lo único que quisiera es simplemente sentir la vida sin tantas obligaciones y sufrimientos.”(P3 Carolina)

“Yo no entiendo por qué mis metas siempre son sueños, de hecho sueño mucho con la

casa que quiero, y la vida que quiero, todo se queda en sueños. Pero quisiera pasar de los sueños a la vida” (P3 Carolina)

Las experiencias de las pacientes estaban teñidas constantemente por obedecer los mandatos de los demás, cumplir sus deseos, asumir obligaciones y apropiarse roles que no les pertenecían, como eran los de cuidar a sus padres y hermanos. Estas tareas poseían una fuerte consecuencia y es que sus deseos no eran permitidos, ya que éstos implicaban abandonar los roles adjudicados desde la infancia. Se presenta una ambivalencia manifestar sus anhelos que son prohibidos en sus relaciones presentes, y el deseo de hacerlos realidad. Necesitarán tiempo para elaborar esta ambivalencia. Lo primero que hicieron fue identificar que algo les faltaba, que los demás son los que se benefician siempre, los que ganan, y ellas constantemente las que pierden:

“Siempre preocupada por lo que el otro necesita y yo vacía, no es justo yo tan vacía y los demás súper llenos, yo quisiera no estar tan vacía. No sé que necesito para llenarme pero quiero encontrarlo, así sea difícil”. (P3 Carolina)

La experiencia de maltrato las llevó a lugares y personas que les hacían recrear su historia. En la experiencia de sí y las emociones asociadas a ella, reviven lugares, escenarios y personas. Estos escenarios se volvían cada vez más penosos y difíciles de tolerar, es por esto que, la terapia como espacio transicional (ni dentro ni fuera), permitió empezar a crear nuevos escenarios, que al inicio fueron sólo un sueño, un deseo:

“Yo quiero tener una pareja estable, yo quiero formar mi hogar, quiero formar mi hogar, pero yo quiero tener un hogar estable. Yo quiero tener a alguien que le guste lo que a mí me gusta, no que me encierre y me cele tanto, que me obligué a encerrarme” (P2 Isabel)

En varias ocasiones se preguntaron si su deseo era posible. Si era probable desear personas que no estuvieran atravesadas por la experiencia del maltrato. Personas que no les recordaran lo que les había pasado, sino que les dieran la oportunidad de resignificar su experiencia de vida. Se debatían constantemente entre la posibilidad de ser amadas o de

repetir el maltrato. Es por esto que una de las pacientes después de un tiempo en terapia afirmó:

Porque yo digo, ¿Será que yo soy muy exigente y quiero un hombre perfecto?, pero también digo, noooooo, perfecto no, que tan malo es que yo quiera un hombre que sea cálido, un hombre que le guste tener un hogar, un hombre que le guste compartir en familia, un hombre que yo lo quiera, que lo ame... para mí eso no es una exigencia....no...no lo es.....no es ser exigente (P2 Isabel)

Pero también en medio de la experiencia de maltrato presente se les había olvidado que tienen redes de apoyo en donde se podían sostener. El olvido de estas redes es una manera de seguir viviendo la misma historia de maltrato, el abandono, como si no tuvieran otras alternativas. Es por esto que la terapia le ayudó a recuperar, a una de las pacientes, espacios que si bien estaban en el anhelo, eran reales, solamente no los identificaba:

“La verdad, tengo buenas personas a mi lado: mis hermanas, ellas están conmigo, me quieren, me apoyan, me siento querida por ellas, tengo unas amigas muy especiales, que de verdad no me han decepcionado, que yo sé, que si estoy muy mal yo puedo ir donde ellas. Te voy a mentar a Estela que es una muy buena amiga, me ha ayudado en esos momentos, y yo sé que si en esos momentos me voy para donde ella, ella llora conmigo, y ella me dice, tranquila Isabel, vas a estar bien, tú puedes contar conmigo, llámeme a la hora que quieras, y me ha ayudado mucho, son unas amigas muy entrañables que tengo, yo siento que esas son otras hermanas que tengo...a veces se me olvida lo que tengo, y deseo cosas que están en mi vida”(P2 Isabel)

8.2.1.2. Apartado Interpretativo

Se presenta el proceso terapéutico como una segunda oportunidad para el desarrollo (A. Horner, 1984), en donde, a partir de la relación paciente - terapeuta, se establece una matriz segura y confiable. Allí el paciente tiene la posibilidad de explorar su mundo interno y establecer alternativas de resignificación de vivencias, y la manera como estas se establecen

en el presente. El proceso terapéutico se convirtió para las dos pacientes en un espacio de posibilidad de acción, y como bien lo afirma una de las pacientes, “este es el primer lugar que abrí en mi vida, y que es mío. Ya no el árbol del solar de mi casa” (Carolina).

El inicio de la terapia estuvo marcada por el establecimiento de una matriz terapéutica, en donde las pacientes pudieran sentir confianza y seguridad para explorar las experiencias que se habían convertido en una piedra de roseta (Horner, 1984), a partir de la cuál se comprendían muchas de sus acciones presentes. El establecimiento de ésta matriz en el caso de las dos pacientes (especialmente en Carolina) estuvo marcada por fuertes resistencias, ya que sus experiencias al ser tan traumáticas, evitaron explorarlas.. El establecimiento de la matriz para ellas fue difícil, ya que sus relaciones al estar marcadas por el maltrato, les llevaron a romper reiteradamente el vínculo terapéutico. En el caso de Carolina perderse y chocarse, en el caso de Isabel integrar al terapeuta en su discurso. Isabel al inicio utilizaba siempre el pronombre Yo, como forma de excluir al terapeuta y entablar así una relación.

Las rupturas iniciales en Carolina se manifestaban cuando se perdía al ir al consultorio, o chocaba el carro. En Isabel la cancelación de citas o el uso reiterado y exclusivo del Yo en el discurso. Pero las dos pacientes volvían a agendar las sesiones. Se evidenció una fuerte ambivalencia entre la esperanza y la desesperación (Safran & Muran, 2005). Esta ambivalencia marcó la primer parte del proceso terapéutico ya que se enfrentaron a la posibilidad de construir otras alternativas y experiencias de vida, pero estas alternativas deberán pasar a través del “contacto con el dolor que subyace a los sentimientos de abandono y reactiva la añoranza insatisfecha” (Safran & Muran, 2005, p. 115).

Se identificó también que la resistencia aumentaba en la medida en que se tenía la posibilidad de tramitar lo traumáticas y construir espacios nuevos. En el caso de Carolina, cada vez que alcanzaba algún objetivo terapéutico; el avanzar se convertía en problemático, ya que para ella no eran posibles lugares y personas con quién entablaran relaciones recíprocas de dar y recibir.

La resistencia en éste caso es entendida en términos de relaciones objetales. Se afirma que la resistencia es “el esfuerzo por evitar la repetición de la experiencia traumática” (Kohut citado en Safran& Muran, 2005). De ésta manera las formas de resistencias identificadas en

éste estudio de caso evidencia la estrategias utilizadas por las pacientes para evitar la retraumatización, y con ella la vivencia de experiencias (pensamientos y emociones) que las podían desbordar psíquicamente. Fue necesario entonces entablar una matriz confiable y segura, donde poco a poco las pacientes pudieran explorar la traumático. El establecimiento de éste espacio confiable, redujo significativamente las resistencias iniciales. Éstas aparecerán más adelante, en Carolina, cada vez que se enfrentó a sus experiencias pasadas. En Isabel, la resistencia se redujo significativamente.

Así mismo, cada impase terapéutico ocurrido posibilitó la identificación de “principios organizativos nucleares” patológicos, y que al ser trabajados dieron la oportunidad para resignificarlos. Por tanto los impases se transforman en acciones significativas del proceso terapéutico encaminadas a la identificación y transformación de representaciones objetales. El terapeuta debe saber utilizar estas rupturas a favor del proceso. Como afirma Storolow (citado en Safran& Muran, 2005), “los impases terapéuticos son el camino real a la comprensión analítica” (p.129). Cada vez que se abordó con las pacientes los impases, las resistencias, hubo avances terapéuticos ya que ellas identificaron los mecanismos que usaban para evadir y protegerse.

Así mismo Horner(1998) afirma que la resistencia de transferencia ofrece información sobre deseos y miedos del paciente que están relacionados con el problema o conflicto de la relación primordial. También da cuenta de “adaptaciones o defensas que evolucionaron durante años y que ahora causan problemas” (p. 19). Se privilegia entonces la exploración de estas situaciones más aún en las dos pacientes, y especialmente en Carolina, ya que dan cuenta de las estrategias típicas utilizadas para conectarse o desconectarse del terapeuta. Carolina privilegiaba la desconexión con el terapeuta a partir de no llegar al consultorio, Isabel cada vez que hablaba sólo utilizaba el Yo, excluyendo al terapeuta.

Luego de establecer un espacio seguro y confiable y trabajar con las resistencias iniciales, fue necesario identificar la ventana terapéutica (Briere, 2002). Para este autor el trabajo terapéutico con pacientes víctimas de maltrato infantil debe estar ubicado en lograr una posición segura a la exposición de emociones abrumadoras. Las intervenciones deben estar enfocadas en la ventana terapéutica, es decir, dirigidas al crecimiento psicológico, la desensibilización y el procesamiento cognitivo, sin la necesidad de abrumar excesivamente al

paciente, lo que implicaría volver a retraumatizar. Esta ventana terapéutica permitió en el caso de las dos pacientes abordar sus experiencias en momentos adecuados, es decir, cuando se sentían preparadas para hablar y exponer sus afectos escindidos o controlados. En este caso el afecto más problemático para ubicarlo en la ventana terapéutica fue la rabia. La ventana posibilitó no exponerlas a la agresión escindida.

El establecimiento de la ventana terapéutica permite al clínico identificar cuándo es el momento apropiado para la exploración de emociones abrumadoras, pensamientos obsesivos de control, patrones relacionales patológicos y representaciones de sí mismo y del objeto que se establecen en el presente. Si la interpretación ocurre en el marco de ésta ventana, el paciente tendrá la oportunidad de resignificar lo traumático sin un desborde emocional, y como resultado, se establecerán poco a poco nuevos marcos de relación. Si la interpretación ocurre fuera de la ventana terapéutica se expondrá al paciente a lo traumático, y la relación terapéutica se transformará es otro espacio de maltrato. De esta forma Carolina en varias ocasiones afirmó no sentirse preparada para hablar de la rabia hacia la madre. Esta situación se abordó varias sesiones después cuando ella sintió que era el momento. Si el terapeuta hubiera reiterado la necesidad de hablar de su relación con la madre en el momento en que no estaba preparada, sería rebasar la ventana terapéutica. También Isabel necesitó de más de un año para tramitar la rabia hacia el padre. La ventana terapéutica se extendió hasta donde fue necesario.

Análogamente, la intervención clínica con pacientes adultos víctimas de maltrato infantil puede generar exceso de ansiedad y angustia, por lo tanto serán necesarias las intervenciones por parte del terapeuta dirigidas a la contención. Es por esto que Biere (2002) argumenta que los terapeutas deben tener cuidado con amenazar el equilibrio interno del paciente. Por este motivo las intervenciones también deben estar dirigidas a la construcción de estrategias de autorregulación sofisticadas.

Por otro lado, se identificó también una hipervigilancia en los dos casos, especialmente en Carolina. Esta hipervigilancia como bien lo afirma Chu (1992) está dirigida a la activación de una alerta ante la repetición del maltrato en las relaciones interpersonales, como en la relación terapéutica. Por este motivo el terapeuta debe estar alerta a la exposición de los pacientes a afectos y sensaciones asociadas con su historia de maltrato, lo que los

llevaría a recrear y repetir dichas experiencias llevándolos a tomar medidas para la autoprotección. Carolina era especialmente sensible a la rabia. Cada vez que sentía rabia, inmediatamente cambiaba de tema. Su hipervigilancia la alertaba de sus emociones, e inmediatamente utilizaba mecanismos de protección.

Finalmente, los anhelos y deseos de las pacientes que se identificaron desde el inicio, evidenciaron como el proceso terapéutico se convirtió en un espacio transicional: para la creación. Si bien al inicio la esperanza de lo nuevo se manifestaba en los sueños, con el transcurrir de las sesiones las pacientes comenzaron a tomar decisiones que les permitieron descubrir las opciones de vida que tenían, se tramitaban los lazos que las ataban a los vínculos objetales pasados. Es por esto que Carolina después de año y medio en terapia compró su casa, y se independizó de su familia. Inició una especialización en psicología organizacional, y ha empezado a salir con sus amigos. Isabel se separó de su pareja, empezó a salir con sus amigos, y programó un viaje de vacaciones. Esto evidencia lo que afirma Mitchell (1993) “para vivir de manera creativa, constructivamente, hay que elegir sin parar” (p.349).

8.2.2. Aspectos contratransferenciales

Para el trabajo con pacientes adultos no maltratadores, víctimas de maltrato infantil, el terapeuta debe estar preparado para enfrentar situaciones de alta complejidad en lo referido a la contención de la agresión, a las reiteradas rupturas iniciales del proceso, los mecanismos de defensa, y los esquemas cognitivos.

En relación a la contención de la agresión, estos pacientes presentan una regulación emocional patológica. En el caso de Carolina la agresión estuvo dirigida constantemente al terapeuta, más aún, si éste utilizaba estrategias que movilizaran situaciones traumáticas. Lo que lo llevó a esperar el momento adecuado, ventana terapéutica, para intervenir. El terapeuta tiene que lidiar con la agresión, en la medida que ésta es una defensa contra las relaciones. En el caso de Carolina, como éstas son amenazantes, utilizó en su mayor parte la agresión para distanciar al otro, y luego la estrategia del aislamiento. Es por esto que los intentos del terapeuta por acercarse al paciente, por gestionar la desconfianza y el temor, muchas veces

llevaron a que la paciente utilizara la agresión. El terapeuta debe saber gestionar esta agresión, así como la suya propia.

En el caso de Isabel el terapeuta debió estar preparado para sentirse excluido de la relación, ya que para ella las relaciones significaban dominación. Esto la llevaba a rechazar la inclusión del otro en su discurso. Durante cuatro meses utilizó el pronombre “Yo”, y la conversación se presentaba como un monólogo en donde los demás no entraban, entre ellos el terapeuta. La experiencia contratransferencial de aislamiento y exclusión permitió identificar una de las estrategias relaciones de Isabel para no permitir que nadie la domine.

Así mismo el terapeuta debe estar dispuesto a tolerar las rupturas iniciales. Estas rupturas, como se mencionó anteriormente, evidencia la resistencia de Carolina e Isabel a explorar lo traumático. La tolerancia a estas acciones posibilitaron que las pacientes confiaran con mayor facilidad en el espacio, al identificar que el terapeuta no tomó represalias contra ellas. Al encontrar al terapeuta en una actitud de escucha, de posibilidad de exploración de sus acciones y mecanismos psíquicos, les fue brindando seguridad en el espacio.

Finalmente, se identificó la necesidad de prestarle atención a la contratransferencia, ya que, como afirma Horner(1998), ésta permite identificar cómo intenta el paciente conectarse con el terapeuta. Qué mecanismos está utilizando para evadir las intervenciones, o para aliarse con el terapeuta. Así mismo, posibilita identificar qué situaciones evade el paciente.

9. Conclusiones

La intervención clínica dirigida a pacientes adultos víctimas de maltrato infantil, debe encaminarse en el inicio del proceso terapéutico, al establecimiento del vínculo afectivo que promoverá un espacio tranquilo y confiable para que los sujetos puedan tramitar su dolor, sin una nueva experiencia de retraumatización. Es por esto necesario que el psicólogo clínico esté alerta al establecimiento y consolidación de la alianza terapéutica y a las posibles rupturas.

El maltrato infantil y sus consecuencias en la adultez está caracterizado por el tipo de maltrato vivido (abuso sexual, maltrato físico, verbal, negligencia, abandono). Es necesario identificar el tipo de maltrato, quién es la víctima, quién el victimario, el tiempo de

exposición al maltrato, los recursos físicos y psicológicos de cada sujeto, para establecer la intervención terapéutica. Esto posibilitará que la intervención se enmarque en hipótesis seguras, y en estrategias terapéuticas adecuadas.

Los psicólogos clínicos que intervienen este tipo de población deben estar preparados para contener y tolerar la agresión de sus pacientes, para remitir a psiquiatría si es necesario y la estructura psíquica presente elementos de fragmentación o escisión patológica; así mismo buscar la mejor manera para que cada paciente pueda encontrar el momento adecuado para la tramitación de su experiencia traumática.

En la intervención clínica con adultos víctimas de maltrato infantil, es necesario la supervisión constantes, y el seguimiento de los casos, de manera que el psicólogo esté alerta a una posible retraumatización, lo que llevará a la ruptura del proceso terapéutico.

Durante la intervención con pacientes adultos víctimas de maltrato infantil, debe establecerse la ventana terapéutica, es decir, el momento adecuado para la movilización y tramitación de emociones que exceden la experiencia psíquica.

Los psicólogos deben estar atentos a los mecanismo de defensa utilizados por los pacientes adultos, ya que estos mecanismos en la mayor parte de las ocasiones, están dirigidos a contener una angustia traumática, u otra experiencia emocional que excede los recursos propios del paciente. Deben acompañarse y movilizarse con cuidado las defensas psíquicas.

Finalmente es necesario seguir investigando en las consecuencias del maltrato infantil en la adultez, de manera que permita intervenciones clínicas adecuadas y pertinentes.

10. Referencias

- Alarcón Forero, L. C., Araújo Reyes, A. P., Godoy Díaz, A. P., & Vera Rueda, M. enrique. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Med UNAB*, 13(2), 103–115.
- Aracena, Marcela; Castillo, Ramón; Haz, Ana María; Cumsille, Francisco; Muñoz, Sergio; Bustos, Luis; Román, F. (2000). Resiliencia al Maltrato Físico Infantil. *Revista de Psicología de La Universidad de Chile*, IX(1), 11–28.
- Arnou, B. (2004). Relationships Between Childhood Maltreatment, Adult Health and Psychiatric Outcomes, and Medical Utilization. *Journal Clinic Psychiatry*, 65(12), 10–15.
- Aron, L. (2013). *Un encuentro de Mentes*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Bedoya Hernández, M. H. (2006). *Acercamiento a las condiciones de posibilidad de una clínica psicológica posmoderna*. Universidad de San Buenaventura.
- Bedoya Hernández, M., & Schnitter Castellanos, M. (2010). Las rutas de emergencia de la psicología clínica y sus impertinencias. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía* , 2(3), 23–39.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Piados .
- Bowlby, J. (1996). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Piadas.
- Braunstein, N. A. (1994). *Psicología: ideología y ciencia* (17th ed.). México: Siglo XXI.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In *The APSAC handbook on child maltreatment*. Newbury Park: Sage Publications.

- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica Y Salud*, 25(1), 67–74. <http://doi.org/10.5093/cl2014a6>
- Capano, A., & Pacheco, A. (2014). Estrés y violencias doméstica: Un estudio en adultos referentes de niños, niñas y adolescentes. *Ciencias Psicológicas*, 8(1), 31–42.
- Castillo Guevara, R. D., & Haz Montaldo, A. M. (2003). Adultos resilientes al maltrato físico en la infancia. *Terapia Psicológica*, 21(2), 105–119.
- Chu, J. (1992). The Revictimization of Adult Women With Histories of Childhood Abuse. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(5), 259–269.
- Congreso de Colombia. Ley de infancia y adolescencia, Pub. L. No. 1098 (2006).
- Crempien, C., & Martínez, V. (2010). El Sentimiento de Vergüenza en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil: Implicancias clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(3), 237–246.
- De Paúl, J., Pérez-Albéniz, A., Paz, P. M., Alday, N., & Mocoroa, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema*, 14(1), 53–62.
- Delval, J. (2004). *El desarrollo humano*. España: siglo XXI.
- Durán Palacio, N., Restrepo Ochoa, D. A., Salazar Trujillo, C. J., Sierra Rodríguez, A. E., & Schnitter Castellanos, M. (2007). Historia paralela de la psicología clínica: un rastreo teórico-histórico. *Informes Psicológicos*, (9), 135–148.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR: UN ENFOQUE INTEGRADOR. *Behavioral Psychology/ Psicología Conducta*, 19(2), 469–486.
- Fairbairn, R. (2013). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires: Hormé-

Paidós.

Fermoso, P. (1988). El modelo fenomenológico de investigación en pedagogía social. *Educación*, 121–136.

Fernández, A. (2012). *La inteligencia atrapada*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ferro, M. J., Maldonado, A., Montiel, Y., & Rivas, M. A. (2010). Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia Y Ortopedia*, (1), 1–7.

Foucault, M. (1998). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. México: Siglo XXI.

Freud, S. (1982). *Obras completas / Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruíz, Y. (2009). Historia de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 127–134.

Gómez, E., Cifuentes, B., & Inés Ross, M. (2010). Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Universitas Psychologica*, 9(3), 823–839.

Gondra, J. M. (1997). *Historia de la psicología: introducción al pensamiento psicológico moderno*. Madrid: Síntesis.

Greenberg, J., & Mitchell, S. (2000). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.

Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In C. Denman & J. A. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (p. 364). Hermosillo, Sonora, el Colegio de Sonora.

Hartmann, H. (1987). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. Buenos Aires:

Paidós.

Heidegger, M. (2005). *¿Qué significa pensar?* Madrid: Trotta.

Holmes, E., Arntz, A., & Smucker, M. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297–305.

Horner, A. (1984). *Object Relations and the developing ego in therapy*. Northvale: Jason Aronson.

Horner, althea. (1998). *Working with the Core Relationship Problem in Psychotherapy: A Handbook for Clinicians*. San Francisco, California : Jossey-Bass .

Ibarra-alcantar, M. C., Ortiz-guzmán, J. A., Alvarado-cruz, F. J., Graciano-morales, H., & Jiménez-genchi, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*, 33(4), 317–324.

Itzel, G.-P., Teresa, L., & Gerardo, V. (2008). Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud Ment*, 31(4), 261–270. Retrieved from /scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt

Janin, B. (2002). Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva. *Cuadernos de Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, 33(34), 149–171.

Japiassu, H. (1981). *Introducción a la epistemología de la psicología*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Jaramillo, J. C., & Schnitter Castellanos, M. (2004). Informes psicológicos . *Informes Psicológicos*, (6), 45–55.

Kernberg, O. (1979). *La teoría de las relaciones objetables y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós.

- Klein, M. (1959). *Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia*. Psikolibro.
- Kohut, H. (1999). *La restauración del sí-mismo*. México: Piados .
- Kokoulina, E., & Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional durante la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 19(2), 93–103. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13060>
- Kristensen, M. L. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatr Scand*, 116, 96–104.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- López-Palop, B. (2011). trauma infantil y funcionamiento psicológico en el momento presente en adultos con trastorno por ansiedad social. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 44. Retrieved from [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000811&a=Trauma-infantil-y-funcionamiento-psicologico-en-el-momento-presente-en-adultos-con-trastorno-por-ansiedad-social-\[Kuo-y-col-2011\]](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000811&a=Trauma-infantil-y-funcionamiento-psicologico-en-el-momento-presente-en-adultos-con-trastorno-por-ansiedad-social-[Kuo-y-col-2011])
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Buenos Aires: Marymar.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Buenos Aires: Marymar .
- Marchesi, A. (compilador), Carretero Rodríguez, M. (compilador), & Palacios González, J. (compilador). (1984). *Psicología evolutiva: desarrollo cognitivo y social del niño*. Madrid: Alianza Editorial.
- Marty M., C., & Carvajal A., C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 180–187. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272005000300002>

- Marucco, N. (2015). Actualización del Concepto de Trauma en la clínica analítica. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis Y Psicoterapia*, 5, 1–8.
- McCrone, P., Weeramanthri, T., Knapp, M., Rushton, A., Trowell, J., Miles, G., & Kolvin, I. (2005). Cost-Effectiveness of Individual versus Group Psychotherapy for Sexually Abused Girls. *Child and Adolescent Mental Health*, 10, 26–31.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. España: Siglo XXI.
- Moreno, E. (2003). Compulsión a la repetición y psicología del self: hacia una reconciliación [Tolpin M., 2002 y Kriton, D., 2003]. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 18. Retrieved from [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000316&a=Compulsion-a-la-repeticion-y-psicologia-del-self-hacia-una-reconciliacion-\[Tolpin-M-2002-y-Kriton-D-2003\]](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000316&a=Compulsion-a-la-repeticion-y-psicologia-del-self-hacia-una-reconciliacion-[Tolpin-M-2002-y-Kriton-D-2003])
- Muñoz Olano, J. F. (2014). Tipos de maltrato y estudio de sus efectos. *Revista Universidad de Boyacá*, 1(1), 92–113.
- Paivio, S., & Niuewenhuis, J. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115–133.
- Pérez, E. G., & De Paul, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: Estudio en dos generaciones. *Psicothema*, 15(3), 452–457.
- Price, J., Hilsenroth, M., Callahan, K., Petretic-Jackson, P., & Bonge, D. (2004). A Pilot Study of Psychodynamic Psychotherapy for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 378–391.
- Rodríguez Sutil, C. (2003). Contribuciones de W.R.D. Fairbairn al estudio de la patología de la personalidad. *Intersubjetivo*, 5(2), 155–162.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Sandoval, C. (1996). Investigación cualitativa. *Programa de Especialización En Teoría, Métodos Y Técnicas de Investigación Social*. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior ICFES.
- Santiago Medina, C. (2009). Historias de vidas de adultos que fueron testigos de violencia doméstica en su niñez: reflexiones para un modelo de intervención. *Revista Griot*, 3(1), 23–48.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Coral, P., & Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29(1), 29–37.
- Schnitter, M. (2005). La reinención del pensar sobre la clínica. In *IV congreso mundial de psicoterapia* (p. 4). Buenos Aires.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de Caso*. Madrid: Morata.
- Stake, R. (2013). Estudios de casos cualitativos. In D. Norma & L. Yvonna (Eds.), *Las estrategias de investigación cualitativa* (pp. 154–197). Gedisa .
- Stern, D. (2003). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Torres A., L., Troncoso E., S., & Castillo, R. D. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 285–298. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2041359>
- Trujillo Rodríguez, C. (2009). *Razonamiento clínico del psicólogo que ha intervenido en casos de intento de suicidio*. Universidad de San Buenaventura. Retrieved from http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/210/1/Razonamiento_Clinico_Psicologo_Trujillo_2009.pdf
- Ventosa Villagra, M. R., & López Navarro, R. (2007). Perfil clínico e intervención en salud mental con mujeres supervivientes a abuso sexual infantil intrafamiliar (incesto). *Psiquiatría*

Biol., 14(4), 153–162.

Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Piadas.

Zerbe Enns, C., Campbell, J., Courtois, C., Gottlieb, M., Lese, K., Gilbert, M., & Forrest, L. (1998). Working With Adult Clients Who May Have Experienced Childhood Abuse: Recommendations for Assessment and Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(3), 245–256.